



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa



APURAMENTO DE CUSTOS POR UTENTE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

SARA VANESSA TEIXEIRA MARTINS

VI Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

Orientador

Professor Doutor Rui Santana

Trabalho de Projecto para obtenção do Grau de Mestre em Gestão da Saúde, apresentado
à Escola Nacional de Saúde Pública

Lisboa, Julho de 2012



Escola Nacional **de Saúde Pública**
Universidade Nova de Lisboa



APURAMENTO DE CUSTOS POR UTENTE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

SARA VANESSA TEIXEIRA MARTINS

VI Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

Lisboa, Julho de 2012

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Rui Santana pela orientação, partilha de conhecimento e disponibilidade em
todos os momentos.

À minha mãe e à minha irmã, pelo amor, apoio moral, incentivo e expectativas
demonstradas ao longo das várias etapas.

A ti Miguel, pelo amor, amizade, compreensão e estímulo, e por todo o tempo despendido
no esclarecimento de dúvidas.

À Vanessa e ao Francisco, por terem sido estruturas de apoio e de partilha ao longo deste
percurso.

E a todos aqueles que indirectamente contribuíram para a realização deste trabalho,
expresso a minha gratidão.

RESUMO

Introdução: A ausência de um plano de contabilidade analítica para os Cuidados de Saúde Primários é um problema para a realização da contabilidade interna, fundamental para a gestão de qualquer instituição de saúde. Sem linhas orientadoras para a uniformização dos critérios de imputação e distribuição dos custos/proveitos, torna-se complicado obter dados analíticos para que haja um controlo de gestão mais eficaz, que permita a utilização dos recursos de uma forma eficiente e racional, melhorando a qualidade da prestação de cuidados aos utentes.

Objectivo: O presente projecto de investigação tem como principal objectivo apurar o custo por utente nos Cuidados de Saúde Primários.

Metodologia: Foi construída uma metodologia de apuramento de custos com base no método *Time-Driven Activity-Based Costing*. O custo foi imputado a cada utente utilizando os seguintes *costs drivers*: tempo de realização da consulta e a produção realizada para a imputação dos custos com o pessoal médico; produção realizada para a imputação dos outros custos com o pessoal e dos custos indirectos variáveis; número total de utentes inscritos para a imputação dos custos indirectos fixos.

Resultados: O custo total apurado foi 2.980.745,10€. O número médio de consultas é de 3,17 consultas por utente inscrito e de 4,72 consultas por utente utilizador. O custo médio por utente é de 195,76€. O custo médio por utente do género feminino é de 232,41€. O custo médio por utente do género masculino é de 154,80€. As rubricas com mais peso no custo total por utente são os medicamentos (40,32%), custo com pessoal médico (22,87%) e MCDT (17,18%).

Conclusão: Na implementação de um sistema de apuramentos de custos por utente, é fulcral que existam sistemas de informação eficientes que permitam o registo dos cuidados prestados ao utente pelos vários níveis de prestação de cuidados. É importante também que a gestão não utilize apenas os resultados apurados como uma ferramenta de controlo de custos, devendo ser potenciada a sua utilização para a criação de valor ao utente.

Palavras-Chave: Contabilidade analítica; Apuramento de custos; Cuidados de Saúde Primários; Custo por utente.

ABSTRACT

Introduction: The lack of a cost accounting plan for the primary health care program is an issue for the implementation of internal accounting, which is fundamental to the management of any health care institution. Without guidelines to standardize the criteria for allocation and distribution of costs/income, it becomes difficult to obtain the necessary analytical data to a more effective management control, allowing the use of resources in an efficient and rational way and delivering an improved healthcare service to the patients.

Objectives: The aim of this study is to determine the cost per patient in primary healthcare.

Methods: The cost evaluation study was based on the Time-Driven Activity-Based Costing method. The cost was allocated to each patient using the following cost drivers: duration of the consultation and undertaken production for the allocation of costs with medical staff; undertaken production for the allocation of other costs concerning staff and indirect variables; total number of patients registered for the allocation of indirect fixed costs.

Results: The total cost calculated was €2.980.745, 10. The average number of consultations is 3,17 per registered patient and 4,72 per user patient. The average cost per patient is €195,76. The female population has an average cost per patient of €232,41. As for the male population, the average cost per patient is €154,80. The main cost categories contributing to the total cost per patient are medications (40,32%), medical costs (22,87%) and both diagnostics and therapeutics (17,18%).

Conclusion: Within the implementation of *a cost allocation system per patient*, it is crucial to have efficient information systems to record the several patient healthcare services provided through the different levels of care. In addition to using the results as a cost control tool, it is also important for managers to use it as an instrument to create value for patients.

Keywords: Cost accounting; Cost allocation; Primary Health Care; Cost per patient.

Índice

ÍNDICE DE FIGURAS.....	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
ÍNDICE DE QUADROS	x
LISTA DE ABREVIATURAS	xiv
CAPÍTULO I. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Importância do tema.....	2
1.2. Tipo de estudo	5
1.3. Estrutura do trabalho.....	6
CAPÍTULO II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
2.1. Contabilidade analítica	8
2.1.1. Conceitos	8
2.1.2. Contabilidade analítica em Portugal	10
2.2. Conceito de custo	12
2.2.1. Custos e o seu controlo.....	13
2.2.1.1. Classificação por centros de responsabilidade	13
2.2.1.2. Classificação por actividade	14
2.2.1.3. Classificação por natureza.....	15
2.2.2. Relações entre custos e volume	15
2.3. Metodologia de custeio	16
2.3.1. Método directo	17
2.3.2. Método das secções	18
2.3.3. Custeio baseado nas actividades	20
2.3.4. <i>Time-Driven Activity Costing</i>	25
2.3.5. Apuramento de custos nos CSP	26
2.3.6. Custo por utente.....	28

2.4. Os Cuidados de Saúde Primários	31
2.4.1. Actual reforma.....	32
2.4.2. Estrutura dos cuidados de saúde	35
CAPÍTULO III. OBJECTIVOS.....	37
3.1. Objectivos gerais e objectivos específicos	38
CAPÍTULO IV. METODOLOGIA	39
4.1. Fonte de dados e população em estudo.....	40
4.2. Variáveis consideradas	41
4.3. Protocolo aplicado.....	42
4.3.1. Apuramento de custos por utente	42
4.3.2. Análise de dados.....	46
CAPÍTULO V. RESULTADOS	48
5.1. Caracterização da amostra	49
5.2. Caracterização da produção	51
5.2.1. Por tipo de consulta e atendimento médico.....	51
5.2.2. Por tipo de contacto e local	51
5.2.3. Por programa de saúde.....	52
5.2.4. Utilização	52
5.3. Caracterização do custo por utente.....	56
5.3.1. Custos directos	56
5.3.1.1. Custos com medicamentos.....	57
5.3.1.2. Custos com MCDT	59
5.3.1.3. Custos com o pessoal	60
5.3.2. Custos indirectos.....	64
5.3.3. Custo total por utente.....	67
5.4. Análise de custos	69
5.4.1. Análise de custo com medicamentos	69
5.4.2. Análise de custos com MCDT	71

5.4.3. Análise de custos com o pessoal médico	74
5.4.4. Análise de custos directos totais	76
5.4.5. Análise de custos totais.....	79
CAPÍTULO VI. DISCUSSÃO	83
6.1. Metodológica.....	84
6.2. Resultados	88
CAPÍTULO VII. CONCLUSÃO.....	95
BIBLIOGRAFIA	99
ANEXOS.....	xvi
Anexo A – Cronograma	xvii
Anexo B – Cuidados de Saúde Primários: Referência histórica	xviii
Anexo C – Definições dos tipos de consulta	xxi
Anexo D – Centro de custos	xxii
Anexo E – Caracterização da amostra: Pirâmide etária.	xxiv
Anexo F – Consultas.....	xxv
Anexo G – Diagrama de dispersão das consultas.....	xxvii
Anexo H – Minutos trabalhados e custo do minuto por médico.....	xxviii
Anexo I – Custo da consulta por programa de saúde e grupo profissional.....	xxix
Anexo J – Taxas de crescimento	xxx
Anexo K – Média e desvio padrão dos custos por género e por grupo etário.....	xxxvii

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Método directo ou Custeio variável.....	18
Figura 2 – Método das secções ou Custeio por Absorção.....	19
Figura 3 – Método Activity-Based Costing.....	21
Figura 4 – Processo para a obtenção do custo por consulta.	27
Figura 5 – Organização do sistema de saúde português.....	35
Figura 6 – Divisão das consultas.....	42
Figura 7 – Esquema de contabilização de consultas.	44

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Volume de consultas por tipo de consultas e atendimento médico.....	51
Gráfico 2 – Volume de consultas por tipo de contacto e local.....	52
Gráfico 3 – Volume de consultas por programa de saúde.	52
Gráfico 4 – Distribuição das consultas por género e por grupo etário.....	54
Gráfico 5 – Volume de consultas por género e por grupo etário.	55
Gráfico 6 – Distribuição do custo directo por grupo etário e por género.	57
Gráfico 7 – Volume dos custos directos por categoria e grupo etário.	57
Gráfico 8 – Distribuição do custo com medicamentos por género e grupo etário.....	58
Gráfico 9 – Volume de custos com medicamentos por género e grupo etário.	59
Gráfico 10 – Distribuição do custo com MCDT por género e grupo etário.	60
Gráfico 11 – Volume de custos com MCDT por género e grupo etário.	60
Gráfico 12 – Distribuição dos grupos profissionais.	60
Gráfico 13 – Distribuição dos custos com pessoal por grupo profissional.....	60
Gráfico 14 – Distribuição dos custos com pessoal por grupo etário e por género.....	62
Gráfico 15 – Distribuição dos custos com pessoal por categoria e por grupo etário.	64
Gráfico 16 – Distribuição dos custos indirectos por grupo etário e por género.	66
Gráfico 17 – Volume dos custos indirectos por categoria e por grupo etário.	66
Gráfico 18 – Distribuição dos custos por utente por género e grupo etário.....	68
Gráfico 19 – Volume de custos directos e indirectos no custo por utente.	68
Gráfico 20 – Volume por categorias de custos no custo por utente.	68
Gráfico 21 – Distribuição dos custos com medicamentos por utente utilizador.....	69

Gráfico 22 – Distribuição do menor volume de custos com medicamentos por médico.	70
Gráfico 23 – Distribuição do maior volume de custos com medicamentos por médico.	70
Gráfico 24 – Concentração dos custos com medicamentos por médico.	71
Gráfico 25 – Distribuição dos custos com MCDT por utente utilizador.	72
Gráfico 26 – Distribuição do menor volume de custos com MCDT por médico.	73
Gráfico 27 – Distribuição do maior volume de custos com MCDT por médico.	73
Gráfico 28 – Concentração de custos com MCDT por médico.	74
Gráfico 29 – Distribuição dos custos com pessoal médico por utente utilizador.	75
Gráfico 30 – Volume de utentes por médico.	75
Gráfico 31 – Concentração de custos com pessoal médico.	76
Gráfico 32 – Distribuição do custo directo total por utente utilizador.	77
Gráfico 33 – Distribuição do menor volume de custos directos por médico.	77
Gráfico 34 – Distribuição do maior volume de custos directos por médico.	78
Gráfico 35 – Concentração de custos directos por médico.	79
Gráfico 36 – Distribuição do custo total por utente utilizador.	79
Gráfico 37 – Distribuição do menor volume do custo total por médico.	80
Gráfico 38 – Distribuição do maior volume do custo total por médico.	80
Gráfico 39 – Percentil do custo por utente.	81
Gráfico 40 – Concentração do custo total por médico.	82
Gráfico 41 – Pirâmide etária.	xxiv
Gráfico 42 – Diagrama de dispersão de consultas dos utentes inscritos.	xxvii
Gráfico 43 – Diagrama de dispersão de consultas dos utentes utilizadores.	xxvii

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Resumo das metodologias de apuramento de custos por utente.....	17
Quadro 2 – Exemplo de <i>cost drivers</i> das actividades.	22
Quadro 3 – Resumo das principais características das metodologias de custeio.	24
Quadro 4 – Caracterização da Carteira básica de serviços e da Carteira adicional de serviços.....	36
Quadro 5 – Tempos de consulta atendidas pelo próprio médico de família.	43
Quadro 6 – Tempos de consulta não atendidas pelo respectivo médico de família.	43
Quadro 7 – Classificação dos utentes por volume de custo.....	47
Quadro 8 – Distribuição da amostra por género.	49
Quadro 9 – Caracterização da amostra por idades.	49
Quadro 10 – Número de utentes inscritos na USF por médico.	50
Quadro 11 – Volume de utentes utilizadores inscritos nas listas de cada médico.....	53
Quadro 12 – Caracterização das consultas por utente.	53
Quadro 13 – Caracterização dos custos directos.	56
Quadro 14 – Caracterização dos custos com medicamentos.	58
Quadro 15 – Caracterização dos custos com MCDT.....	59
Quadro 16 – Caracterização dos custos com pessoal.....	61
Quadro 17 – Caracterização dos custos com pessoal médico.....	62
Quadro 18 – Caracterização dos custos com pessoal médico em formação pré-carreira.....	63
Quadro 19 – Caracterização dos custos com pessoal de enfermagem.	63
Quadro 20 – Caracterização dos custos com pessoal de assistência técnica.	63

Quadro 21 – Caracterização do custo com pessoal de utentes não inscritos.	64
Quadro 22 – Caracterização dos custos indirectos.....	65
Quadro 23 – Caracterização dos custos indirectos fixos.	65
Quadro 24 – Caracterização dos custos indirectos variáveis.....	65
Quadro 25 – Caracterização dos custos por utente.....	67
Quadro 26 – Custo médio de um utente para cada percentil por médico.	81
Quadro 27 – Cronograma do projecto de investigação.....	xvii
Quadro 28 – Contas do centro de custos da contabilidade analítica.....	xxii
Quadro 29 – Quantidade de consultas I.	xxv
Quadro 30 – Quantidade de consultas II.	xxvi
Quadro 31 – Total de minutos trabalhados e custo do minuto por médico	xxviii
Quadro 32 – Custo da consulta por programa de saúde e atendimento médico (atendimento pelo próprio médico de família).	xxix
Quadro 33 – Custo da consulta por programa de saúde e atendimento médico (atendimento não efectuado pelo médico de família).	xxix
Quadro 34 – Custo por consulta para outros grupos profissionais.....	xxix
Quadro 35 – Volume de consultas e taxa de crescimento por género e por grupo etário. ...	xxx
Quadro 36 – Custo total por utente e taxa de crescimento por género e grupo etário.	xxx
Quadro 37 – Custo directo e taxa de crescimento por género e por grupo etário.	xxxi
Quadro 38 – Custos com medicamentos e taxa de crescimento por género e por grupo etário.	xxxi
Quadro 39 – Custo com MCDT e taxa de crescimento por género e por grupo etário.....	xxxii
Quadro 40 – Custo com pessoal e taxa de crescimento por género e por grupo etário.	xxxii

Quadro 41 – Custo com pessoal médico e taxa de crescimento por género e por grupo etário.	xxxiii
Quadro 42 – Custo com pessoal em formação pré-carreira e taxa de crescimento por género e grupo etário.	xxxiii
Quadro 43 – Custo com pessoal de enfermagem e taxa de crescimento por género e grupo etário.	xxxiv
Quadro 44 – Custos com pessoal de assistência técnica e taxa de crescimento por género e por grupo etário.	xxxiv
Quadro 45 – Custo indirecto e taxa de crescimento por género e por grupo etário.	xxxv
Quadro 46 – Custo indirecto fixo e taxa de crescimento por género e grupo etário.	xxxv
Quadro 47 – Custo indirecto variável e taxa de crescimento por género e grupo etário. ...	xxxvi
Quadro 48 – Média e Desvio padrão das consultas por género e por grupo etário.	xxxvii
Quadro 49 – Média e Desvio padrão do custo por utente por género e por grupo etário.	xxxvii
Quadro 50 – Média e Desvio padrão dos custos directos por género e por grupo etário.	xxxviii
Quadro 51 – Média e Desvio padrão do custo com medicamentos por género e por grupo etário.	xxxviii
Quadro 52 – Média e Desvio padrão do custo com MCDT por género e por grupo etário.	xxxix
Quadro 53 – Média e Desvio padrão do custo com pessoal por género e por grupo etário.	xxxix
Quadro 54 – Média e Desvio padrão do custo com pessoal médico por género e por grupo etário.	xl
Quadro 55 – Média e Desvio padrão do custo com pessoal médico em formação pré-carreira por género e por grupo etário.	xl
Quadro 56 – Média e Desvio padrão do custo com pessoal de enfermagem por género e por grupo etário.	xli

Quadro 57 – Média e Desvio padrão do custo com pessoal de assistência técnica por género e por grupo etário.	xli
Quadro 58 – Média e Desvio padrão do custo indirectos por género e por grupo etário.....	xlii
Quadro 59 – Média e Desvio padrão do custo indirectos variáveis por género e por grupo etário.	xlii

LISTA DE ABREVIATURAS

ABC	<i>Activity Based Costing</i>
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CBA	Custeio Baseado nas Actividades
CEA	Custos Estimados com base na contabilidade Analítica
CS	Centros de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
Ex-SMS	Ex-Serviços Médico-Sociais
GDH	Grupo de Diagnóstico Homogéneo
ICPC	<i>International Classification of Primary Care</i>
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCAH	Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais
PIB	Produto Interno Bruto
POCMS	Plano Oficial de Contas do Ministério da Saúde
PPC	Paridades de Poder de Compra
SIARS	Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde
SLS	Sistemas Locais de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde

SRS	Sub-Regiões
TDABC	<i>Time-Driven Activity-Based Costing</i>
TMTCIOM _i	Total de minutos trabalhados a atender consultas dos utentes inscritos na lista de outro médico _j .
TMTM _i	Total de minutos trabalhados do médico _i
TMTCIM _i	Total de minutos trabalhados a atender consultas dos utentes inscritos na lista do médico _i

CAPÍTULO I. INTRODUÇÃO

1.1. Importância do tema

1.2. Tipo de estudo

1.3. Estrutura do trabalho

1.1. Importância do tema

Os sistemas de saúde são considerados pilares fundamentais da protecção social à condição humana de doença, com o objectivo de promover o acesso das populações aos cuidados de saúde, de acordo com as suas expectativas e as suas necessidades. De um ponto de vista mais económico, estes visam promover a eficiência e a sustentabilidade dos serviços de saúde (Costa e Santana, 2008; Simões, 2009). Eles são influenciados pelo contexto ambiental onde se encontram inseridos, ajustando-se às realidades culturais, sociais, políticas ou outras, consoante as suas transformações, que são cada vez mais rápidas e imprevisíveis (Costa e Santana, 2008).

Para além destas mudanças, nos últimos anos, no sector da saúde também se verificaram algumas tendências de mudança a nível organizacional, como por exemplo a reorganização da estrutura de oferta (movimentos de integração horizontal e vertical), o alargamento do conceito de gestão do doente (onde as decisões clínicas devem também ponderar critérios de custo-efectividade), a implementação de metodologias de avaliação de desempenho ou mesmo a evolução da prestação de cuidados de saúde direccionada para a criação de valor (resultados por unidade de custo). Estes movimentos exigem o desenvolvimento de técnicas e instrumentos de apoio ao conhecimento profundo e preciso das estruturas organizacionais e dos recursos consumidos por essas instituições (Costa *et al.*, 2008).

A reestruturação dos cuidados de saúde primários (CSP) é um exemplo da necessidade de acompanhar esta constante mudança, visto que, estes são reconhecidos como o pilar dos sistemas de saúde actuais. O seu papel torna-se especialmente preponderante em países, como Portugal, onde esteja implementado um SNS em que o médico de família é o primeiro contacto da população com o sistema de saúde, e onde cabe aos CSP acompanharem a população de uma forma próxima (Barros, 2009), assumindo um papel importante na prevenção da doença e na promoção da saúde, devendo permitir uma ligação com os outros serviços e níveis de cuidados, viabilizando a continuidade dos cuidados (Antunes *et al.*, 2008).

Com o cenário de aumento da despesa, com os recursos para a saúde a serem limitados e uma maior pressão exercida sobre as instituições de saúde para negociar os preços e reduzir custos, o apuramento de custos na área da saúde torna-se um tema pertinente (Finkler e Ward, 1999) e com necessidades de desenvolvimento face à actual situação do país, sob o olhar de uma sociedade a questionar-se do uso e da distribuição do dinheiro

pago em contribuições, exigindo ao Governo transparência na sua gestão e uso de dinheiros públicos.

Portugal, é um dos países com um dos mais elevados pesos da despesa de saúde no PIB, em 2008 apresenta um valor moderado de despesa em saúde *per capita* de 1.891€ PPC, sendo que a componente pública corresponde a 1.353€ PPC e a componente privada a 538€ PPC (ACSS, 2010). Em 2008, o valor da despesa total em saúde corresponde a 10% do Produto Interno Bruto (PIB), repartido em despesa pública em saúde (6,5%) e despesa privada (3,5%) (OECD, 2011).

A origem de fundos do SNS no ano de 2010 totalizou 9.253,3 milhões de euros, sendo que 49,3% das transferências para entidades do SNS destinaram-se a hospitais e unidades locais de saúde pertencentes ao Sector Empresarial do Estado e 44% para as Administrações Regionais de Saúde. Salienta-se, pela sua importância na despesa do SNS, que parte das transferências efectuadas para as ARS se destinaram a suportar os encargos com medicamentos prescritos em ambulatório e meios complementares de diagnóstico e de terapêutica, que no ano de 2010 totalizaram 2.470,9 milhões de euros (ACSS, 2010).

Costa *et al.* (2008) salientam que, apesar da importância crescente, a determinação, conhecimento e posterior integração dos custos no processo decisional, operacional e estratégico tem sido dominada por alguns factores que poderão influenciar o grau de prioridade atribuído na gestão de organizações prestadoras de cuidados de saúde no nosso país, havendo a necessidade de melhorar os sistemas de gestão a três níveis: implementação de sistemas de gestão financeira e de custeio; implementação de sistemas de gestão de processos e documental, suporte fundamental para a agilização dos processos de cariz clínico e administrativo; e implementação de sistemas de gestão de recursos humanos, criando sistemas flexíveis, que permitam não só processar salários, mas acima de tudo, efectuar a gestão dos recursos humanos, produzir informação fiável que permita “alimentar” um registo nacional de profissionais e um maior rigor na contabilidade de custos. Estas melhorias potenciam ganhos de eficiência processual, criando informação de gestão que permita agir em vez de reagir.

Considerando que é necessário continuar a haver um foco na reestruturação das redes de prestação de cuidados e na melhoria do modelo de alocação de recursos financeiros, torna-se também imprescindível saber o custo de cada utente nos vários cuidados que recebeu, independentemente de serem primários, hospitalares ou continuados (Ribeiro, 2010).

Posto isto, a criação de um sistema de Contabilidade Analítica, quer nas organizações privadas quer nas públicas, é extremamente importante, tendo em conta as várias entidades que se deparam com a necessidade de gerir adequadamente os recursos ao seu dispor, de modo a administrar a instituição de forma eficaz, eficiente e económica. Deste modo, com a implementação de um sistema de contabilidade analítica pretende-se atingir os seguintes objectivos: justificar o valor das taxas e preços; facilitar a elaboração do orçamento; medir a eficiência, eficácia, economia, sub-actividade e sobre-actividade; apoiar as decisões sobre se a entidade deve continuar responsável directamente por determinado serviço ou actividade, ou entregá-lo(a) a entidades externas; facilitar informação a entidades financiadoras de produtos, serviços ou actividades; comparar custos de produtos ou serviços similares entre diferentes entidades; comparar custos de produtos ou serviços similares entre diferentes exercícios económicos; e comparar custos reais com custos previsionais (Carvalho, Costa e Macedo, 2008).

1.2. Tipo de estudo

De acordo com Graça (2010) e Yin (2009), estamos perante um estudo de caso, mais especificamente de um único-caso (*single-case*), pois pretende-se apresentar um modelo de aplicação prática de apuramento de custos por utente numa Unidade de Saúde Familiar.

O estudo de caso é usado em muitas situações para contribuir com os conhecimentos individual, de grupo, organizacional, social, político, e relacionado a um fenómeno (Yin, 2009). Segundo Yin (2009) trata-se de um processo linear mas interactivo com seis passos que devem de ser tomados para a realização da investigação: plano, desenho, preparação, recolha de dados, análise de dados e partilha.

Os três primeiros passos acabam quase por ser realizados em simultâneo. O plano, consiste na identificação das questões ou de outro *rationale* para a realização do estudo de caso, decidir qual o método que se deve utilizar e compreender as suas limitações e vantagens. No desenho, serão definidas as unidades de análise e o caso a ser estudado. Será também desenvolvida a teoria, proposições e problemas envolvidos, identificação do desenho do estudo de caso e definição dos procedimentos para manter a qualidade do estudo de caso. A elaboração do enquadramento teórico é realizada através de uma revisão de literatura, através das seguintes fontes de pesquisa: relatórios e documentos do Ministério da Saúde e de outras entidades, base de dados, artigos e livros. O terceiro passo, a preparação, consiste no desenvolvimento do protocolo.

No quarto e quinto passos, recolha de dados e análise de dados, serão recolhidos os dados através da base de dados da ARS do Alentejo, segundo o protocolo desenvolvido, e serão analisados os resultados e exploradas as possíveis explicações.

O sexto e último passo, partilha, corresponde ao desenvolvimento escrito das conclusões, revisão e alterações (Yin, 2009).

No Anexo A, pode ser consultado o cronograma que delineou o tempo de execução do trabalho.

1.3. Estrutura do trabalho

Este trabalho está estruturado em sete capítulos, incluindo o presente capítulo (Capítulo I. Introdução) onde foi explicada a importância do tema, o tipo de estudo e descrita a estrutura do trabalho.

No segundo capítulo é feito o enquadramento teórico. Este capítulo está dissociado em quatro partes e resume toda a bibliografia consultada. A primeira parte faz a distinção entre o conceito de contabilidade geral e contabilidade analítica, e explica a importância e a actual situação da contabilidade analítica em Portugal. A segunda parte foca-se mais no conceito de custo. A terceira parte explora os diversos tipos de metodologias de custeio e qual deles tem uma maior aplicabilidade nos CSP. A quarta parte descreve a actual reforma dos cuidados de saúde primários e a sua estrutura.

No terceiro capítulo define-se o problema de partida e a finalidade do trabalho e são expostos os objectivos gerais e específicos que o presente trabalho pretende alcançar.

O quarto capítulo descreve a metodologia adoptada para o projecto de investigação, incluindo a indicação da fonte de dados, das variáveis consideradas e o protocolo aplicado para o apuramento de custos e para a análise de dados.

No quinto capítulo são apresentados os resultados obtidos, após a aplicação do protocolo para o apuramento de custos, descrito no capítulo anterior, e da aplicação dos métodos estatísticos referidos para o tratamento de dados.

No sexto capítulo discutem-se a metodologia aplicada, bem como as suas limitações, e os resultados obtidos.

No sétimo capítulo, a conclusão, é feita uma revisão global do estudo e são identificadas as contribuições teóricas/práticas que o estudo origina e sugestões para futuras investigações.

CAPÍTULO II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- 2.1. Contabilidade analítica
- 2.2. Conceito de custo
- 2.3. Metodologia de custeio
- 2.4. Os Cuidados de Saúde
Primários

2.1. Contabilidade analítica

2.1.1. Conceitos

Segundo o Professor Gonçalves da Silva, citado por Borges, Rodrigues e Rodrigues (2006), a contabilidade é a técnica de relevação patrimonial. O mesmo autor faz distinção entre: a contabilidade em *strictu sensu*, ou seja escrituração, que é a técnica de registo e de representação de todas as transformações sofridas pelo património de qualquer entidade económica durante o exercício da sua actividade, de modo a saber em qualquer momento a sua composição e o seu valor; e a contabilidade *latu sensu*, que é a ciência dos processos descritivo-quantitativos utilizados na análise, registo, interpretação e controlo dos factos de gestão, que visa quantificar tudo o que ocorre numa unidade económica fornecendo, simultaneamente, dados para a tomada de decisões da gestão.

É comum considerar-se a sua divisão em contabilidade geral e contabilidade analítica. Em que o apuramento das grandezas de uma forma global (relativamente ao conjunto da organização) é feito pela contabilidade geral, resultando informações insuficientes para gerir as organizações, sobretudo pela sua fraca operacionalidade no controlo, gestão corrente e planeamento das actividades que têm a ver com os custos e proveitos da empresa. A fraca fonte de informações resultantes torna a contabilidade geral, por si só, uma técnica insatisfatória para os gestores, visto que, estes necessitam de informações por períodos mais curtos, com mais detalhe e acima de tudo organizadas, de forma a permitir medir e controlar a eficiência e a eficácia dos diversos segmentos organizacionais da empresa e os resultados das actividades que estão sob a sua responsabilidade (Franco e Pereira, 2001).

O funcionamento dos segmentos organizacionais implica custos que devem ser determinados e comparados com os benefícios proporcionados à organização. Compete à contabilidade analítica determinar, analisar e reportar aos interessados os custos ocasionados pelo funcionamento dos diversos órgãos em que a organização se decompõe. Esta constitui um sub-sistema de informação que tem em vista a medição e análise dos custos, proveitos e resultados relacionados com os diversos objectivos prosseguidos pelas organizações. Para o efeito, serve-se de um conjunto de conceitos, métodos, procedimentos e processos de escrituração (Franco e Pereira, 2001).

No entanto, o sistema de contabilidade analítica só serve a gestão se contribuir de uma forma eficiente para o planeamento, controlo e tomada de decisão (Jordan, Neves e Rodrigues, 2008; Franco e Pereira, 2001), habilitando a gestão com informações sobre custos e proveitos de períodos passados (Franco e Pereira, 2001). Sendo a informação de

natureza económica e financeira um instrumento fundamental ao acompanhamento das actividades exercidas e dos recursos utilizados, é importante a forma como os elementos são estruturados e organizados pois vai influenciar o conhecimento (Jordan, Neves e Rodrigues, 2008).

Considera-se que o objecto da contabilidade analítica são os custos, proveitos e resultados das organizações, que determina e analisa, não de uma forma global como acontece na contabilidade geral, mas de uma forma analítica adaptada às necessidades internas e particulares da organização. Compreende toda a contabilização interna de custos e proveitos, de forma a apurar resultados por ramos de actividade, produtos, serviços, clientes ou por elementos normais ou extraordinários de cada instituição (Santana, 2011).

Esta pode ser ramificada em outras contabilidades, um desses ramos corresponde à contabilidade de custos que identifica, analisa, regista, acumula, organiza, interpreta e relata informações sobre custos dos produtos, dos inventários e dos serviços de modo a controlar as actividades em curso e auxiliar o processo de tomada de decisão. Contribuindo com um vasto leque de informações úteis para a organização, e em particular para os gestores (Finkler e Ward, 1999; Baker, Finkler e Ward, 2007). Os objectos da contabilidade de custos são de vários tipos: a empresa, os produtos, os serviços, os departamentos, as actividades, os processos (Leone e Leone, 2004). A contabilidade de custos engloba o desenvolvimento e prestação da vasta gama de informação financeira que é útil para os gestores nas suas funções organizacionais (Finkler e Ward, 1999; Leone e Leone, 2004; Baker, Finkler e Ward, 2007).

Em suma, no exercício das suas actividades, os gestores e decisores confrontam-se perante a permanente tomada de decisão que afecta o desempenho futuro das organizações, havendo necessidade não só de o antecipar, mas também de confrontar as realizações com os objectivos que inicialmente se preconizaram (Jordan, Neves e Rodrigues, 2008). Tornando-se assim a informação, extraída da contabilidade analítica, preciosa na persecução de objectivos que permitem à organização alcançar vantagens competitivas, sendo útil num conjunto alargado de situações (Finkler e Ward, 1999; Matos, 2002; Young, 2003; Leone e Leone, 2004; Baker, Finkler e Ward, 2007):

- Planeamento e controlo das actividades;
- Valorização do *stock* e do inventário;
- Contribuir para o processo de tomada de decisões da organização;
- Gestão dos custos operacionais;

- Produzir informação de *report* da organização.

2.1.2. Contabilidade analítica em Portugal

O papel básico da contabilidade analítica no sector público é o de proporcionar aos gestores a informação necessária para levar a cabo o planeamento e executar as funções de controlo. Aquando direccionada para a administração pública, a contabilidade analítica é o sistema que regista e analisa, em pormenor, componentes do património da instituição para finalidades de gestão (Carvalho, Costa e Macedo, 2008).

Deste modo, com a implementação do sistema de contabilidade analítica nas entidades públicas pretende-se atingir os seguintes objectivos (Carvalho, Costa e Macedo, 2008):

- Justificar o valor das taxas e preços;
- Facilitar a elaboração do orçamento;
- Medir a eficiência, eficácia, economia, sub-actividade e sobre-actividade;
- Apoiar as decisões sobre se a entidade deve continuar responsável directamente por determinado serviço ou actividade, ou entregá-lo(a) a entidades externas;
- Facilitar informação a entidades financiadoras de produtos, serviços ou actividades;
- Comparar custos de produtos ou serviços similares entre diferentes entidades;
- Comparar custos de produtos ou serviços similares entre diferentes exercícios económicos;
- Comparar custos reais com custos previsionais.

No sector da saúde, em Portugal, existem dois documentos contabilísticos extremamente importantes: o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS) e o Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (PCAH).

O POCMS foi criado com a Portaria n.º 898/2000, de 28 de Setembro. Segundo o POCMS, o sistema de contabilidade analítica é de aplicação obrigatória nas instituições do SNS, para as quais exista um plano de contabilidade analítica, e constitui “um potente instrumento de gestão e um importante factor de análise dos elementos da saúde”.

O PCAH criado em 1996 foi inicialmente elaborado pela comissão de normalização e pelo grupo de normalização da contabilidade de custos dos hospitais, sendo as duas posteriores edições revistas pela ACSS, estando actualmente a ser utilizada a terceira edição, datada de Janeiro de 2007. O objectivo deste plano é estabelecer linhas orientadoras para uma uniformização dos critérios de imputação e alocação dos custos/proveitos, possibilitando e

promovendo o *benchmarking* entre as várias instituições de saúde que integram o SNS (Portugal, 2007).

Segundo o POCMS, o PCAH criou as normas necessárias para a elaboração de mapas complementares de gestão interna, devendo evidenciar pormenorizadamente todo o conhecimento do sector da saúde em Portugal.

Carvalho, Costa e Macedo, (2008) assumem que perante a preocupação crescente com a obtenção de eficiência, eficácia e economia na gestão dos gastos públicos, a informação proporcionada pelas demonstrações financeiras tradicionais tornou-se escassa. E que a contabilidade analítica, nas instituições públicas, assume um papel preponderante como medida de análise e controlo de custos, auxiliando o processo de planificação e tomada de decisão dos gestores e administradores públicos.

No entanto, no caso do sector da saúde, o poder político e administração central tem vindo a centrar-se mais na vertente do financiamento, onde procura encontrar soluções efectivas (nomeadamente ao nível dos montantes totais e das unidades de pagamento) ao invés do desenvolvimento de metodologias que permitam contribuir para a determinação dos custos reais dos doentes tratados nos hospitais portugueses (Manique, 2008) e nas outras instituições de saúde como por exemplo os CSP, onde existe uma grande lacuna relativamente a esta temática.

2.2. Conceito de custo

Geralmente, o termo custo é usado quando queremos referir-nos à quantidade de dinheiro trocado por um objecto ou serviço obtido (Baker e Hankins, 2004). É com base no seu conhecimento que se torna possível tomar decisões relacionadas com o planeamento, produção, preço dos produtos, entre outras (Cooper e Kaplan, 1988).

O custo pode ser entendido como o somatório dos valores históricos de uma determinada actividade ou produto registados na contabilidade (Baker e Hankins, 2004), ou seja, inclui o valor de todos os recursos utilizados (consumidos) na produção e distribuição de bens e serviços (Leone e Leone, 2004; Pereira, 2004). Trata-se de uma medida de esforço em termos monetários necessária para a concretização dos objectivos das organizações.

No entanto, a noção de custo varia consoante o que se pretende, existindo assim, custos diferentes para desígnios diferentes. Por isso, é importante entender o conceito de objecto de custos, *cost objective* ou *cost objects*, que se trata de qualquer item (p. ex. um utente, grupo de utentes, um serviço, um departamento ou uma organização no seu todo) sobre o qual se deseja saber o custo (Finkler e Ward, 1999; Young, 2003; Baker e Hankins, 2004; Baker, Finkler e Ward, 2007). Normalmente, à medida que os custos se tornam mais específicos, as metodologias necessárias para os calcular tornam-se mais complexas (Young, 2003).

Segundo a literatura, os custos podem assim assumir diversas perspectivas (Finkler e Ward, 1999; Pereira e Franco, 2001; Young, 2003; Leone e Leone, 2004; Baker, Finkler e Ward, 2007):

- Custo financeiro ou monetário: trata-se do montante despendido decorrente do fornecimento de *inputs* num determinado período de tempo, ou seja, é o valor que resulta do somatório dos produtos das quantidades de bens e serviços consumidos, pelos respectivos preços.
- Custo económico: constitui o valor despendido para obter a utilização de um determinado recurso. A noção de custo económico deriva do conceito de custo de oportunidade, visto que, representa o valor de todos os recursos, incluindo adicionalmente ao custo monetário os custos de oportunidade, que se trata de uma medida de custo com base no valor das alternativas que são dadas para a utilização dos recursos.

No que respeita aos diversos objectivos específicos das organizações, os custos que lhe estão associados devem ser determinados geralmente segundo três ópticas: estrutura organizativa da empresa, actividades que desenvolve e natureza dos custos. Com efeito, interessa que dentro dos agrupamentos (segmentos da organização, produtos, actividades) se conheçam as principais naturezas de custos que concorrem para o montante global de custos do segmento organizacional, dos produtos ou da actividade (Franco e Pereira, 2001).

2.2.1. Custos e o seu controlo

O controlo dos custos da empresa exige que tenha de se efectuar a sua classificação e apuramento sob uma tripla perspectiva (Franco e Pereira, 2001):

- Classificação por centros de responsabilidade;
- Classificação por actividade;
- Classificação por natureza.

Esta classificação dos custos tem interesse para o planeamento e para tomada de decisão.

2.2.1.1. Classificação por centros de responsabilidade

Quando se pensa numa organização, podemos dividi-la em segmentos, constituindo, cada um deles um grupo humano com uma determinada dimensão dispondo dos meios materiais necessários para exercer as funções e atingir os objectivos que lhe foram definidos (Franco e Pereira, 2001). A maioria das organizações de saúde estão divididas em centros de responsabilidade, ou seja, trata-se de um segmento organizacional que é gerido por uma única pessoa que tem autoridade e responsabilidade e responde perante uma autoridade superior (Franco e Pereira, 2001; Baker, Finkler e Ward, 2007).

A análise dos custos de determinado centro de responsabilidade e a sua imputação nem sempre são possíveis sem se decompor o centro de responsabilidade em unidades contabilísticas que normalmente são designadas de centros de custo ou centros de proveitos (Franco e Pereira, 2001; Baker, Finkler e Ward, 2007).

Os centros de custo são uma unidade de estrutura organizacional vocacionada para a acumulação de custos (Finkler e Ward, 1999; Leone e Leone, 2004; Baker, Finkler e Ward, 2007).

A construção de uma estrutura de centros de custo depende fundamentalmente daquilo que a organização pretende monitorizar e acompanhar (Franco e Pereira, 2001). Segundo Matos

(2002), uma das segmentações normalmente aplicadas a organizações de saúde compreende os conceitos de centros de custo produtivos e centros de custo auxiliares e administrativos. Os centros de custos produtivos são representados pelas unidades de produção da organização, cuja função, no caso das instituições de saúde, corresponde à prestação de um serviço ao paciente e que compreenda uma actividade que dê lugar a uma remuneração pelos serviços prestados (Matos, 2002). E os centros de custo auxiliares e administrativos correspondem aos serviços de apoio e às funções de natureza administrativa. Estes serviços não são objecto de remuneração específica pelos pacientes. São exemplos deste tipo de centros de custo, a manutenção, limpeza, administração geral, etc (Matos, 2002).

Os centros de proveitos são unidades funcionais das organizações, cujos responsáveis têm controlo não só pelos custos, mas também dos proveitos gerados (Young, 2003; Baker, Finkler e Ward, 2007).

Em suma, os custos devem de ser determinados por centros de responsabilidade, pois deve de haver sempre um e só um responsável pelo seu controlo. As necessidades de controlo e de imputação exigem que os custos de um centro de responsabilidade sejam determinados por centros de custo ou de proveitos.

Importa também salientar que a estruturação dos centros de custo deve ter em consideração a organização das actividades operacionais, a estrutura organizacional e a forma com que as informações de custos se adequam ao modelo de gestão (Matos, 2002).

2.2.1.2. Classificação por actividade

Uma empresa desenvolve actividades relativamente às quais é necessário determinar custos para efeitos de planeamento, controlo e tomada de decisões. É então necessário apurar os custos relativos às actividades, ou seja, por objectos de custos (Franco e Pereira, 2001).

Relativamente ao seu objecto, os custos podem classificar-se em (Finkler e Ward, 1999; Franco e Pereira, 2001; Matos, 2002; Young, 2003; Edbrooke *et al.*, 2004; Leone e Leone, 2004; Baker, Finkler e Ward, 2007):

- Custos directos: o custo que pode ser facilmente identificado ao objecto, ou seja, aqueles que não se verificariam se não existisse o objecto (p. ex. salários, medicamentos).

- Custos indirectos: são custos comuns a diversos objectos, ou seja, não se consegue identificar uma causalidade directa com um determinado objecto (p. ex. electricidade, água).

2.2.1.3. Classificação por natureza

A decomposição dos custos por natureza é importante para a análise do custo global, para que sejam conhecidas as causas das suas variações de período para período, fornecendo informações mais precisas para o planeamento, controlo e tomada de decisões.

Assim, nos centros de custos, interessa conhecer as naturezas dos custos que maior peso têm no custo global. Esta identificação também deve de ser feita para os objectos de custos, apesar de as discriminações por natureza variarem de objecto para objecto (Franco e Pereira, 2001).

2.2.2. Relações entre custos e volume

O volume é sempre uma quantidade por período de tempo, o que está em causa é o comportamento dos custos em relação ao volume (Franco e Pereira, 2001). Numa primeira aproximação podemos dividi-los em:

- Custos fixos: são aqueles que não variam quando se altera o volume ou pelo menos são pouco sensíveis às alterações deste, ou seja, são custos que são independentes das unidades produzidas (Finkler e Ward, 1999; Franco e Pereira, 2001; Matos, 2002; Young, 2003; Edbrooke *et al.*, 2004; Leone e Leone, 2004; Pereira, 2004; Baker, Finkler e Ward, 2007). Os custos fixos podem ser distinguidos em três espécies de capacidade (Franco e Pereira, 2001):
 - Capacidade física, que é dada pelos edifícios, equipamentos;
 - Capacidade organizacional, que é a que possibilitada pela direcção e pelos quadros da empresa;
 - Capacidade financeira, que tem a ver com as possibilidades financeiras da empresa.
- Custos variáveis: são aqueles que variam necessariamente quando o volume aumenta ou diminui, mesmo que este aumento ou diminuição seja diminuto (Cooper e Kaplan, 1988; Franco e Pereira, 2001; Young, 2003; Leone e Leone, 2004; Pereira, 2004). O que significa que à medida que o volume aumenta, o custo variável total irá aumentar na mesma proporção (Matos, 2002; Young, 2003). São custos que resultam da utilização da capacidade existente para produzir os produtos (Franco e

Pereira, 2001), no caso das organizações de saúde trata-se do custo que pode variar em proporção directa com o volume de pacientes (número de pacientes) (Finkler e Ward, 1999; Young, 2003; Baker, Finkler e Ward, 2007).

2.3. Metodologia de custeio

A medição precisa dos custos nos cuidados de saúde é um desafio devido à complexidade da sua prestação. O tratamento do utente envolve diferentes tipos de recursos (p. ex. pessoal, equipamentos, espaço e materiais) com diferentes capacidades e custos. Estes recursos são utilizados em processos que começam com o primeiro contacto do paciente com a organização e no seu continuar através de um conjunto de consultas clínicas e processos administrativos (Kaplan e Porter, 2011).

A definição da metodologia adequada para a determinação da informação dos custos é particularmente importante para a gestão das organizações de saúde, pois dela depende os graus de exactidão e fiabilidade capazes de influenciar os resultados obtidos e consequentemente as decisões a tomar pelos responsáveis (Costa *et al.*, 2008).

Para o apuramento de custos podemos considerar duas abordagens:

- *Bottom-up*: consiste no apuramento de custos a partir da recolha de informação ao longo do processo de produção, sendo normalmente necessário recorrer a técnicas de micro-custeio.
- *Top-down*: parte da informação sobre custos obtida na contabilidade central da organização, sendo a partir daí imputados internamente obtendo-se o custo por *output* final (p. ex. “Método das Secções” e *Activity Based Costing* (ABC)). Este processo de imputação é conhecido também como o *stepdown method* (Barnum e Kutzin, 1993; Drummond *et al.*, 1997).

A combinação a abordagem *bottom-up* e técnicas de micro-custeio forma uma poderosa metodologia para o apuramento de custos nos hospitais. A metodologia é confiável, porque todos os custos relevantes são identificados e avaliados a um nível máximo de detalhe, o que permite a identificação do custo por utente (Ineveld *et al.*, 2008).

Segundo Vertrees, citado por Costa *et al.* (2008), a abordagem *top-down* torna-se menos precisa do que as *bottom-up*, pois os valores obtidos da contabilidade central resultam de estimativas apuradas a partir de critérios de imputação indirecta. Os valores obtidos nas metodologias *top-down* são considerados menos exactos do que os devolvidos pelas

metodologias *bottom-up*, visto não existirem ajustamentos relativos às diferentes características dos utentes que influenciam os consumos de recursos.

No entanto, a abordagem *top-down* é a mais utilizada para calcular os custos dentro de um hospital, visto que, a obtenção de resultados pela metodologia *bottom-up* trata-se de um processo mais moroso (Edbrooke *et al.*, 2004), sobretudo se não existirem sistemas de informação ou este estejam inadequados (Ineveld *et al.*, 2008).

Em Portugal, o método *top-down* é usualmente aplicado nos hospitais pertencentes ao SNS, de onde se destaca o “Método das Secções” e o *Activity Based Costing* a título experimental.

O Quadro 1 resume estes dois métodos de apuramento de custos por utentes mais comuns em organizações de saúde.

Quadro 1 – Resumo das metodologias de apuramento de custos por utente.

Abordagem	Informação	Método
Bottom-up	Recolhida ao longo do processo de produção	Método directo
Top-down	Contabilidade central do hospital	“Método das secções” e <i>Activity Based Costing</i>

Fonte: Costa *et al.*, 2008.

2.3.1. Método directo

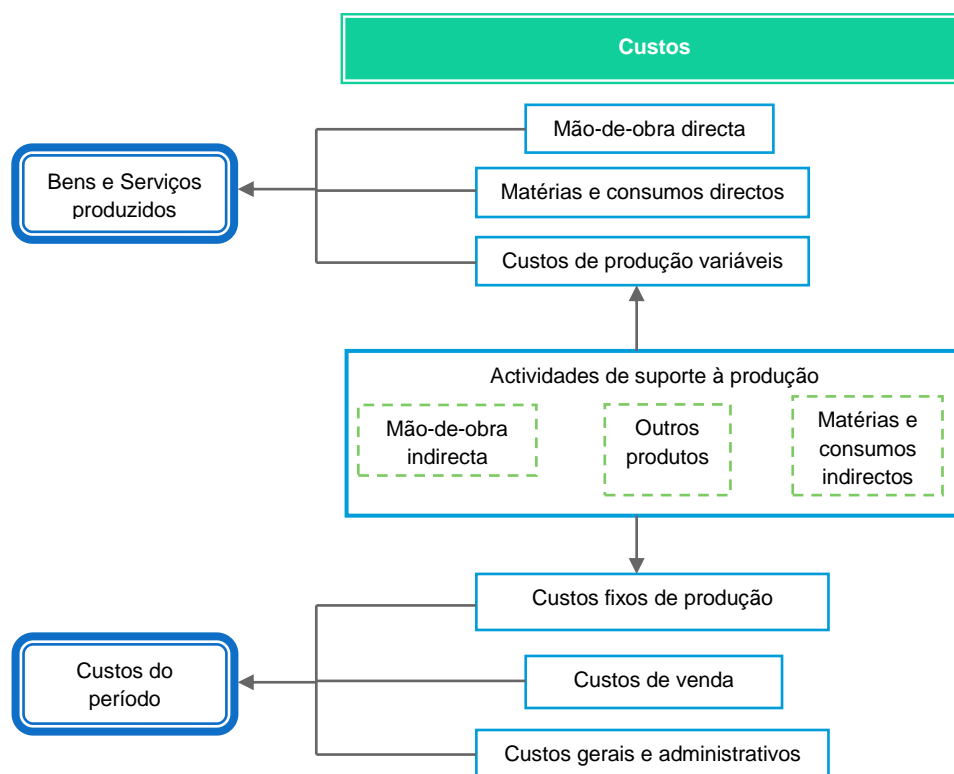
Este método é um sistema de custeio tipo *bottom-up* destinado a suprir os gestores de informações para o processo de tomada de decisão (Matos, 2002). Este consiste na identificação e valorização dos consumos de recursos utilizados por um utente específico ao longo do processo de produção de cuidados de saúde (Fox-Rushby, Hutton e Mugford 1998). Normalmente, é necessário utilizar técnicas de micro-custeio onde é conseguido o registo individual dos custos em cada episódio de internamento, incluindo os recursos consumidos e as devidas imputações dos custos das secções que concorrem indirectamente para o seu custo total. No entanto, pode ser adoptada outra abordagem, onde nos custos dos produtos são consideradas apenas parcelas de custos variáveis, enquanto os custos fixos são atribuíveis, na sua totalidade, à instituição de saúde, não incorporando o custo final dos serviços produzidos (Figura 1) (Datar, Foster e Horngren, 1999; Young, 2003).

Conhecido também como método de custeio variável, consegue assim fazer a diferenciação entre custos fixos e custos variáveis, possibilitando a análise do comportamento dos custos diante de diferentes níveis de actividade, decisão sobre preços em situações de capacidade ociosa e adequações do *mix* dos serviços (Matos, 2002).

Este método compõe uma fase de recolha de dados extremamente exigente, devendo ser ponderado a devida proporção em que os ganhos previstos superam o esforço (e custos) da sua implementação (Costa *et al.*, 2008). Para que haja uma exactidão dos custos apurados, este método necessita de um bom sistema informático que suporte todos os registos (Marshall *et al.*, 1998).

Em Portugal, as práticas de facturação individual utilizadas sobretudo no sector privado de prestação, exigem o conhecimento prévio dos custos de cada utente de forma a serem praticados os preços (*charges*) que incluirão os respectivos custos mais a sua margem de negócio (Costa *et al.*, 2008).

Figura 1 – Método directo ou Custeio variável.



Fonte: Young, 2003.

2.3.2. Método das secções

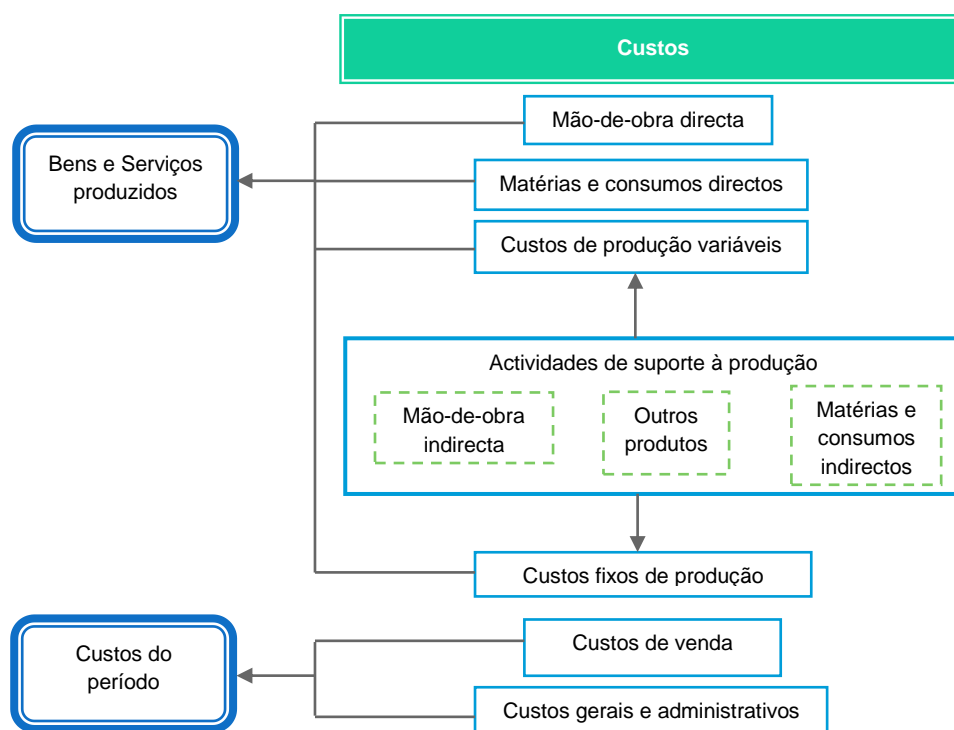
O método das secções ou método de custeio por absorção é o instrumento mais tradicional na gestão de custo e decorre da aplicação dos princípios de contabilidade geralmente

aceites (Matos, 2002). Baseia-se na determinação de todos os custos (directos e indirectos) que resultam do processo produtivo e que se reflectem na contabilidade geral das organizações. A actividade observada vai gerando gastos que são distribuídos por todos os bens/serviços produzidos, sendo deste modo “absorvidos” pelos produtos finais à medida que vão sendo gerados (Datar, Foster e Honnrgren, 1999; Finkler e Ward, 1999).

Segundo esta metodologia, os *inputs* considerados como custos correspondem somente aqueles que decorrem directamente do processo produtivo e que resultam da actividade. Os restantes custos, nomeadamente aqueles que resultam das actividades de suporte (custos indirectos), devem de ser classificados como despesas do período (Figura 2) (Matos, 2002; Young, 2003; Baker, Finkler e Ward, 2007).

Este método de custeio necessita que haja custos padronizados – unidades de serviço produzidas pela organização de saúde (Matos, 2002). Numa diferente óptica, os custos por procedimento corresponderá a uma sequência de cálculos, dos quais compreenderão os custos unitários gerados pelos centros de custos, combinados com a intensidade dos referidos recursos (Finkler e Ward, 1999; Young, 2003).

Figura 2 - Método das secções ou Custeio por Absorção.



Fonte: Young, 2003.

Em Portugal, este é o método mais tradicional na gestão de custos das instituições de saúde pertencentes ao SNS, visto que, o POCAH segue esta metodologia de apuramento de custos. Considerando que as actividades se agrupam em secções principais, secções secundárias (as que concorrem com os seus serviços para outras secções, subdividindo-se em secções auxiliares de apoio clínico e secções auxiliares de apoio geral, p. ex. MCDT e serviços hoteleiros, respectivamente) e secções administrativas (correspondem a actividades gerais, p. ex. administração, aprovisionamento), cujo objectivo principal consiste em conseguir imputar todos os custos da instituição às suas diversas secções principais.

Para tal, o PCAH prevê cinco etapas:

1. Imputação de todos os custos directos às secções descritas anteriormente;
2. Distribuição directa dos custos totais das secções administrativas pelas secções auxiliares e principais;
3. Distribuição dos custos totais das secções auxiliares de apoio geral às secções principais beneficiárias da actividade daquelas;
4. Distribuição dos custos totais das secções auxiliares de apoio clínico às secções principais beneficiárias da actividade daquelas;
5. Divisão dos custos das linhas de produção principais pelas unidades de produção consideradas, resultando como informação final.

Não obstante, este método também tem as suas limitações, visto que, o grau de desagregação da informação é limitado, existe falta de correspondência com os centros de produção, são necessários os critérios individuais de imputação de custos indirectos e há uma falta de celeridade na divulgação da informação (Costa *et al.*, 2008).

2.3.3. Custeio baseado nas actividades

Como já foi referido anteriormente, no ambiente competitivo que vivemos, o sistema de contabilidade analítica das instituições de saúde deve actuar a três níveis: ser custo eficiente sem ter um impacto negativo na qualidade dos serviços prestados, fornecer informações à gestão para que esta consiga maximizar os recursos e ajudar na melhoria contínua da qualidade. O custeio baseado em actividades consegue realizar estes três objectivos (Baker, 1998).

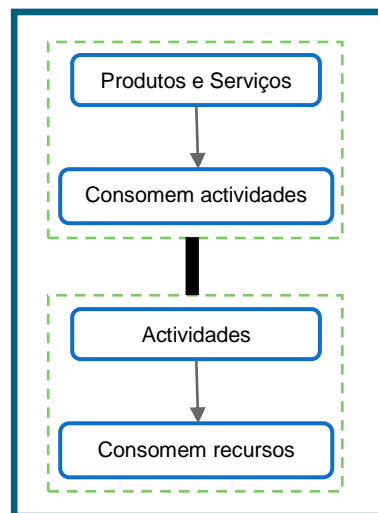
O *Activity Based Costing* (ABC) ou Custeio Baseado nas Actividades (CBA) foi desenvolvido na década de 80 por Robin Cooper e Robert Kaplan, para corrigir as deficiências dos sistemas de custeio tradicionais (Anderson e Kaplan, 2007), atendendo às necessidades de

informação sobre os custos dos recursos utilizados por produtos, serviços e clientes (Cooper e Kaplan, 1998).

Podemos considerar que o ABC tem principalmente dois elementos – medidas de custos e medidas de desempenho – ou seja, o ABC é uma metodologia que mede o custo e o desempenho das actividades, recursos e objectos de custos (Baker, 1998). Este sistema proporciona aos gestores uma imagem clara da economia das suas operações (Cooper e Kaplan, 1998), bem como informações para maximizar os recursos e relacionar os custos com medidas de desempenho e resultado (Baker, 1998).

O conceito básico do ABC (Figura 3) é que as actividades consomem recursos para produzir um *output*. Os recursos são atribuídos às actividades e as actividades são atribuídas a objectos de custo com base na sua utilização, ou seja, as despesas são separadas e combinadas para o nível de actividade que consumiu os recursos (Baker, 1998). A técnica favorece a realização de uma alocação mais exacta dos custos das actividades aos produtos, processos, serviços e consumidores pertencentes à cadeia de valor. Contudo, é necessário definir o que são as actividades relevantes. Uma vez definidas, deve-se identificar os custos directos dessas actividades, e seguidamente, procede-se ao rateio dos restantes custos que não foram identificados com nenhuma das actividades (Leone e Leone, 2004).

Figura 3 – Método Activity-Based Costing.



Fonte: Baker, 1998.

Este método preconiza que todas as acções ou eventos passíveis de gerar custos devem ser identificados enquanto actividades, alocando e agregando custos de acordo com vários “pools” de actividades funcionais identificadas (*cost drivers*), procedendo de seguida a associação dos vários custos aos produtos/serviços prestados (Baker, 1998; Baker, Finkler

e Ward, 2007; Anderson e Kaplan, 2007; Kuchta e Zabek, 2011). O ABC consegue assim reconhecer as relações causais dos *cost drivers* e das actividades (Baker, 1998).

O sistema ABC pode ser desenvolvido através de quatro etapas sequenciais (Cooper e Kaplan, 1998):

1. Desenvolver um dicionário de actividades: a identificação das actividades culmina com a construção de um dicionário de actividades que lista e define todas as actividades principais realizadas na unidade de produção.
2. Determinar quanto é que a organização está a gastar com cada actividade: este processo é feito com recurso a um mapa que utiliza *cost drivers*. Estes fazem a ligação entre os gastos e despesas com as actividades desenvolvidas, sendo necessário utilizar a informação da contabilidade da organização, que está normalmente distribuída por categorias (p. ex. salários, materiais).
3. Identificar os produtos, serviços e clientes.
4. Seleccionar os *cost drivers* das actividades que ligam o custo das actividades aos produtos, serviços e clientes da organização: a ligação entre as actividades e os objectos de custos, como produtos, serviços e clientes, é feita através da utilização de *cost drivers* das actividades. O Quadro 2 mostra alguns exemplos de actividades e dos seus *cost drivers*.

Quadro 2 – Exemplo de *cost drivers* das actividades.

Actividades	Cost drivers
Check-in do utente	Tempo da recepção
Preparação do utente	Tempo da auxiliar de acção médica/enfermeiro
Consulta médica (Examinação do utente)	Tempo do médico ou Custo médio por médico

Fonte: Baker e Hankins, 2004.

O ABC não foi concebido para desencadear decisões automáticas (Cooper e Kaplan, 1988) e não é uma alternativa de sistema de custeio que substitui por completo os outros sistemas (Baker, 1998). Ele permite à gestão identificar as actividades que geram, ou não, valor (Cooper e Kaplan, 1988; Baker, 1998). Ele ajuda os gestores a tomar melhores decisões sobre os produtos, preços, *marketing* e *mix*, e incentiva melhorias operacionais contínua (Cooper e Kaplan, 1988).

A diversidade da prestação de serviços e a transição no *mix* do pagador são duas das circunstâncias que impulsionam a necessidade das organizações de saúde para o consumo de recursos e informações dos custos dos serviços. Sabendo que actualmente os cuidados

de saúde abrangem uma ampla diversidade de serviços, é importante determinar a quantidade de recursos que são consumidos por cada serviço para os poder gerir (Baker, 1998). Com o ABC é possível obter o custo unitário por serviço, tratamento ou utente, isolando assim o custo de prestação de serviços para objectos de custo específicos (Baker, 1998; Kuchta e Zabek, 2011). Permite também determinar o custo das actividades que não estão directamente relacionadas com actividades médicas (Kuchta e Zabek, 2011)

A implementação deste método de custeio nas organizações de saúde enfrenta ainda algumas dificuldades, como por exemplo (Kuchta e Zabek, 2011):

- Necessidade de recolher muita informação, tornando o processo moroso e caro;
- Definição de objectos de custo (p. ex. grupos de pacientes, unidades organizacionais, etc.);
- Escolha/identificação dos *cost drivers*;
- Resistência dos funcionários, o que pode levar a uma desaceleração de trabalho.

Em Portugal, já existe experiências a nível hospitalar de aplicação desta metodologia de apuramento de custos, como por exemplo, o projecto-piloto – Sistema de Custeio por Actividades dos Hospitais (SCAH) – lançado pelo Ministério da Saúde, em 2007. Alguns hospitais já concluíram o processo de implementação e os resultados têm-se revelado positivos, tornando possível perceber a origem dos custos dos actos clínicos, indo até ao detalhe de cada actividade realizada e respectivo peso no custo total do objecto de custeio (Bajanca *et al.*, 2010).

A implementação deste método demonstrou benefícios para os hospitais e para a entidade pagadora. Do ponto de vista do hospital, os benefícios passam pela transparência dos custos, possibilidade de identificar as actividades mais onerosas e as práticas mais eficientes. Este conhecimento permite realizar uma análise do custo/efectividade e estudos de eficiência (custo/qualidade), que dão apoio à estratégia, e possibilitam uma tomada de decisão mais sustentada e uma rentabilização da capacidade instalada. Ao nível da contratualização interna pode ser definido um orçamento para cada serviço com base na actividade realizada no mesmo, separando os custos que variam com a produção, daqueles que são fixos, permitindo simulações para diferentes custos unitários e diferentes volumes de produção. Possibilita ainda a existência de *benchmarking* a nível central dos custos entre instituições, obtendo-se uma visão das actividades mais onerosas em cada instituição, permitindo aos hospitais identificar as suas ineficiências e adoptarem melhores práticas para reduzir os custos ao mesmo tempo que mantém ou melhoram a qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos utentes (Bajanca *et al.*, 2010).

Da perspectiva da entidade pagadora, esta obtém informação necessária à tomada de decisão sobre os preços a praticar, visto que é produzida informação sobre as actividades realizadas nos hospitais e sobre os novos serviços prestados (Bajanca *et al.*, 2010).

A implementação deste método teve algumas dificuldades, como por exemplo: na definição das actividades que contribuem de forma relevante para cada objecto de custeio; o facto de existir pouca informação e alguns registos de má qualidade, que complicaram a definição dos *cost drivers* de recursos e de actividades; a necessidade de envolver várias pessoas com diferentes perfis e a necessidade de estabelecer um bom plano de comunicação; e a dificuldade em obter valores de ineficiência, as *non-value-added costs* (Bajanca *et al.*, 2010).

No Quadro 3 encontram-se resumidas as principais características das três metodologias de custeio apresentadas.

Quadro 3 – Resumo das principais características das metodologias de custeio.

Método Directo	Método das Sessões	Activity-Based Costing
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecido também como método variável; • Processo complexo e dispendioso; • Informação fornecida é precisa e detalhada; • Gera informação para a gestão na perspectiva de análise para diferentes níveis de actividade e mix de bens e serviços; • Distinção entre custos fixos e custos variáveis; • Para efeitos de apuramento de custos são apenas considerados os custos variáveis; • Os custos fixos resultam da estrutura instalada da organização. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecido também por método de custeio por absorção; • Metodologia mais aplicada nas organizações; • Decorre da aplicação dos princípios de contabilidade geral; • Mais direccionado para a análise contabilística da actividade; • Pressupõe a utilização de custos standardizados; • Tem como objectivo o apuramento de custos da produção realizada – fotografia da actividade; • Distinção dos custos em directos e indirectos; • São apenas considerados os custos directos para o apuramento de custos; • Os custos indirectos são considerados custos do período de actividade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecido também por método de custeio baseado nas actividades; • Moroso, difícil de implementação e dispendioso; • Permite determinar o custo com o nível de detalhe desejado, directa ou indirectamente relacionado com a actividade; • Pressupõe a identificação de todas as actividades realizadas ou suportadas pela organização; • Todas as actividades geradoras de custos são consideradas para efeito do apuramento de custos; • Reduz a arbitrariedade e as impressões observadas nos métodos tradicionais.

2.3.4. *Time-Driven Activity Costing*

Segundo Kaplan e Porter (2011), qualquer sistema de custeio preciso deve ter em conta os custos totais de todos os recursos utilizados por um paciente, à medida que este atravessa o sistema, o que significa acompanhar a sequência e duração dos processos clínicos e administrativos utilizados por pacientes individuais.

Com estimativas fidedignas do caminho típico de um paciente, pode-se utilizar o *Time-Driven Activity-Based Costing* (TDABC) para atribuir os custos com precisão e de forma relativamente fácil a cada etapa dos processos realizados ao longo do caminho percorrido pelo utente. Esta versão melhorada do ABC exige que os prestadores estimem apenas dois parâmetros em cada etapa do processo (Anderson e Kaplan, 2007; Kaplan e Porter, 2011):

1. O custo unitário de cada um dos recursos utilizados no processo/actividade;
2. A quantidade de tempo o paciente passa em cada actividade/recurso.

A grande inovação e diferença deste método em relação aos outros reside no uso de “equações de tempo” para estimar o tempo gasto em cada actividade com base nas características desta (Anderson *et. al*, 2008).

Importa salientar que o TDABC estima o tempo necessário cada vez que uma actividade é realizada, ou seja, o método não tem em consideração o tempo médio gasto pelos prestadores a realizar uma actividade, mas a duração de uma unidade de cada actividade. Este aspecto é extremamente importante porque, diferentes pessoas/casos necessitam de um tempo diferente, mesmo que seja no mesmo serviço (Demeere, Roodhooft e Stouthuysen, 2009).

O TDABC permite identificar nos diferentes departamentos, os seus custos e a sua capacidade prática, que no caso das organizações de saúde é expressa como a quantidade de tempo que os prestadores podem trabalhar, sem tempo de inactividade (Demeere, Roodhooft e Stouthuysen, 2009).

A nova abordagem fornece dados mais precisos de taxas de *cost driver* permitindo a estimação de unidades de tempo mesmo para transacções mais complexas e especializadas (Anderson e Kaplan, 2004). Num contexto complexo como as organizações de saúde, onde uma única actividade poderá ser dirigida por mais de um *driver*, este método permite incluir todos os objetos que dependem do consumo do tempo total necessário para realizar uma actividade específica.

A informação resultante deste método permite ao gestores conhecerem os custos numa base contínua de forma a revelar os custos das actividades da empresa, bem como o tempo gasto com elas (Anderson e Kaplan, 2004).

Outro benefício que este método trás à gestão, consiste no facto de ser possível rever os custos da capacidade não utilizada e contemplar acções para determinar quando e como se pode reduzir os custos do fornecimento recursos não utilizados em períodos subsequentes, podendo então monitorar essas acções ao longo do tempo (Anderson e Kaplan, 2004).

O sistema TDABC fornece informações precisas e relevantes para que os gestores e profissionais de saúde façam melhorias operacionais através de *benchmark* interno, analisem a rentabilidade por departamento e tomem decisões para investimentos futuros (Demeere, Roodhooft e Stouthuysen, 2009).

2.3.5. Apuramento de custos nos CSP

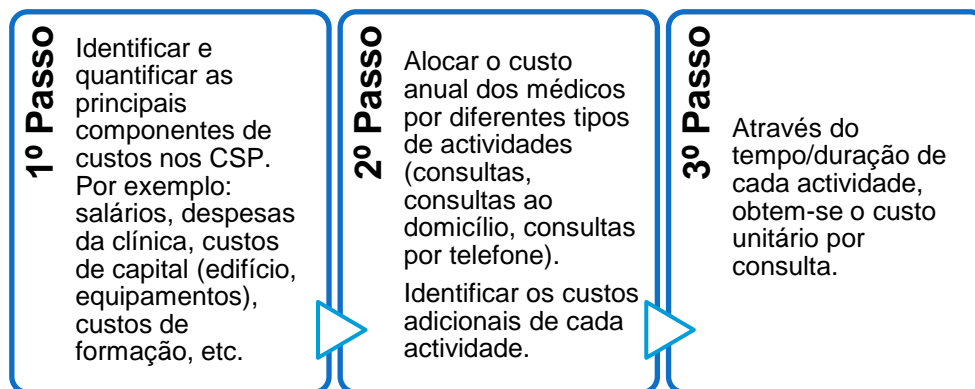
A maior parte dos estudos de apuramento de custos estão direccionados para o papel da contabilidade de custos nos hospitais, havendo pouca investigação no que concerne ao impacto do desenvolvimento de sistemas de contabilidade analítica nos CSP. Esta falta de atenção pode dever-se à ausência de um quadro legal para o registo de todos os custos nos CSP, como existe o PCAH para os hospitais.

No entanto, alguns estudos existentes utilizam as seguintes metodologias.

O autor Koperski (1992), para analisar os custos de execução de um método sistemático de cuidados para utentes diabéticos numa clínica de medicina geral, utilizou a seguinte metodologia: para calcular o custo do tempo médico, multiplicou o número de consultas para a diabetes no dia do diabético pelo tempo da consulta (tempo de marcação, não real), e depois dividiu pelas horas agendadas num *full time* anual de um médico de clínica geral. Este valor foi depois multiplicado pela remuneração média líquida do médico. Foi utilizada a remuneração média líquida em vez da remuneração bruta, pois permite separar o custo das instalações, enfermeiros e administrativos, no entanto ficam excluídas despesas como custos telefónicas e administrativas. Para o cálculo do custo da enfermagem utilizou um processo semelhante. Foram também incluídos o custo do edifício, que inclui a renda, o aquecimento, a iluminação, a limpeza e os serviços de segurança, e os custos de papelaria que inclui o custo das cartas de convocação, folhas de fluxo de diabéticos, listas de verificação e papel de computador. No entanto, apenas a área utilizada pela enfermeira foi incluída porque, não foi possível fazer uma estimativa precisa do uso de área de espera e as salas do médico.

Kernick e Netten (2002), desenvolveram uma proposta para determinar o custo unitário da consulta de medicina geral e familiar, permitindo às clínicas determinar os seus custos através dos dados locais disponíveis e fornecendo dados nacionais que não existem. Para estimar os custos de uma consulta, é necessário em primeiro lugar, identificar o valor dos recursos consumidos e depois alocar os recursos às actividades realizadas (Figura 4). Os *inputs* devem de ser valorizados pelo seu custo de oportunidade, por exemplo, o custo de um médico aumentar o tempo de consulta por uma hora extra, o médico pode trabalhar o mesmo número de horas, mas reduz os serviços prestados noutras áreas, então o custo de oportunidade é o valor dos serviços que deixaram de ser prestados.

Figura 4 – Processo para a obtenção do custo por consulta.



Fonte: Kernick e Netten, 2002.

Na literatura encontram-se vários estudos que aplicam uma metodologia igual ou semelhante a esta proposta, como por exemplo o de Anderson *et al.* (2006), cujo objectivo é comparar o custo dos enfermeiros e o custo dos médicos nos cuidados de saúde primários.

Já Beale *et al.* (2005) aplicaram esta proposta para ajustar a metodologia utilizada no apuramento do custo por minutos para médicos e enfermeiros, no estudo que estima os custos relativos diários, de actividades clínicas, dentro de uma clínica. Primeiro, estimaram a utilização média de recursos para cada uma das catorze áreas clínicas, em termos de tempo gasto por um médico, um enfermeiro e apoio administrativo, e sempre que necessário, um membro da equipa de pesquisa realizou um exercício de cronómetro para chegarem a uma média de tempo para cada actividade. O custo por minuto de apoio administrativo foi estimado a partir das contas da clínica. Os custos unitários foram aplicados às estimativas de utilização de recursos para chegar a um custo por domínio clínico, sendo estes usados para valorizar cada contacto com o paciente, chegando finalmente a um custo total por paciente.

Em suma, no que concerne ao método de apuramento de custos por utente nos CSP é necessário primeiro identificar os tipos de serviços que são prestados nos CSP, e posteriormente definir e reconhecer quais as actividades que estão envolvidas, devendo o registo das actividades identificar os recursos (p. ex. recursos humanos) que são necessário para a realização e a sua sequência (Baker e Hankins, 2004). O passo seguinte consiste em obter uma estimativa do tempo que o utente demora em cada actividade. Após estes passos é necessário identificar os respectivos custos e proceder a alocação dos mesmos.

Em Portugal, destaca-se o estudo elaborado a solicitação da MCSP, por um grupo de trabalho da Associação Portuguesa de Economia da Saúde, coordenado pelo Prof. Miguel Gouveia. O relatório “Análise dos Custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental” teve como objectivo avaliar o impacto orçamental do lançamento e implementação das USF.

O relatório caracteriza, do ponto de vista económico, o funcionamento dos centros de saúde, analisando os seus custos e níveis de produção, sendo também avaliada a existência de economias de escala, destacando ainda o impacto do Regime Remuneratório Experimental nos custos por utente e por consulta e os custos com medicamentos e MCDT.

2.3.6. Custo por utente

Tendo em conta os diferentes níveis de desagregação da informação de custos possíveis de serem obtidos, a literatura diz-nos que o nível de detalhe desejado é o custo por utente. Este consiste no somatório de todos os custos resultantes do processo de produção de serviços de saúde efectuados a determinado utente ao longo do seu episódio de doença/internamento. Ou seja, trata-se de um sistema de custeio do tipo *bottom-up*, em que é conseguido o registo individual dos custos em cada episódio, incluindo recursos consumidos e as devidas imputações de custos das secções que concorrem indirectamente para o seu custo total (Marshall *et al.*, 1998; Vertrees, 1998).

No entanto, para se chegar a este nível de detalhe, é imprescindível um bom sistema informático que suporte todos os registos necessários (Santana, 2011).

Em Portugal, já existem estudos que exploram a implementação de sistemas de apuramento de custos por utente a nível hospitalar. Alguns exemplos da investigação realizada são os estudos de Manique (2008) e Ribeiro (2010).

Manique (2008) recorreu à matriz de imputação dos custos de *Maryland*, para determinar os custos por diária de internamento de cada utente. Na estimação de custos com recursos a

esta ferramenta o autor realizou cinco etapas. A primeira etapa consiste na realização da correspondência entre as contas da contabilidade analítica/geral de cada hospital e as rubricas de custos consideradas pela matriz de *Maryland*. Após obter-se o custo total por cada rubrica, este é imputado nas respectivas contas, em cada GDH, de acordo com os pesos relativos apresentados pela matriz de *Maryland*. Depois de obter-se estes valores, é necessário organizá-los em função da produção realizada em cada produto. Os custos atribuídos pela distribuição dos montantes pelos pesos relativos da matriz de *Maryland* nos GDH sem produção são devidamente reimputados aos GDH onde efectivamente ocorreu produção em função do seu peso na estrutura de produção de cada hospital. Os custos por GDH, por instituição, são calculados em função da diária de internamento de acordo com o número de dias de internamento afectos a cada produto de cada hospital.

Ribeiro (2010) no seu trabalho de investigação cuja finalidade é contribuir para a construção de um instrumento de análise, no âmbito dos custos do internamento hospitalar. O estudo baseou-se numa metodologia de apuramento de custos estimados com base na contabilidade analítica (CEA) utilizada por Costa *et al.* (2008) que através da correspondência entre centros de custos considerados em sede de contabilidade analítica e os respectivos centros de produção, é possível realizar a imputação dos custos por diária de internamento obtidos em cada centro de custos, a cada utente, em função da duração de internamentos de cada centro de produção. Com a implementação da metodologia de custeio foram apurados custos unitários por utente saído segundo as seguintes variáveis: sexo e idade; tipo de GDH; concelho de residência; por linha de produto e por patologia. Foi ainda possível comparar os custos apurados com o financiamento do Centro Hospitalar em estudo, por contrato programa e por portaria. No entanto, o autor ainda salienta que a metodologia poderá ser complementada através do desenvolvimento de medidas que permitam ajustar os custos obtidos pela intensidade de consumo de recursos de internamento, o qual fará que o consumo de recursos não seja linear ao longo do episódio de internamento, adequado assim o desfazamentos entre a teoria afectada à metodologia de custos estimados através da contabilidade analítica e a realidade implícita no internamento hospitalar.

O esforço no apuramento de custos com maior exactidão, e necessariamente a adequação dos instrumentos e metodologias que viabilizam essa tarefa, tem como principais finalidades (Barnum e Kutzin, 1993; Conteh e Walker, 2004; Costa *et al.*, 2008):

- Permitir tomar decisões estratégicas e operacionais com o menor grau de risco associado (p. ex. processos de negociação/contratualização, definição de objectivos/metasp dos prestadores);
- Reorganizar processos produtivos no sentido de maximizar a sua eficiência, qualidade e valor para o utente;
- Conhecer melhor a estrutura de consumo de recursos das organizações de saúde, fornecendo informação de qual a quantidade de recursos necessária para uma determinada actividade;
- Identificar as prioridades de prestação e saber quais os cuidados que o sistema deve efectivamente oferecer aos utentes da organização de saúde;
- Gerir o utente ao longo do processo de produção com critérios de custo-efectividade;
- Contribuir para a melhoria organizacional através da comparação e utilização de técnicas de *benchmarking* entre organizações, contribuindo para uma melhoria da qualidade;
- Constituir um elemento agregador em processos de integração de cuidados de saúde;
- Proporcionar aos gestores melhor visibilidade do custo, através da identificação dos custos e *cost drivers* e como eles se relacionam com o *output*;
- Possibilitar a realização de estudos de acordo com a entidade de agrupamento desejada (p. ex. obter custos por produto ou por localização geográfica);
- Permitir desenvolver metodologias de definição de preços, taxas e de financiamento dos serviços de saúde com maior rigor e fiabilidade;
- Auferir o nível de risco financeiro da unidade prestadora.
- Permitir a aplicação de metodologias de avaliação económica entre cenários alternativos;
- Utilizar a teoria de custo-volume-resultados.

2.4. Os Cuidados de Saúde Primários

O aumento constante e progressivo dos gastos em cuidados de saúde e o facto dos recursos financeiros disponibilizados não chegarem para tudo nem para todos, estão a motivar, uma reflexão profunda e racionalizada sobre a necessidade de reduzir esta despesa, por parte dos decisores políticos e dos gestores dos sistemas de saúde de muitos países (Simões, 2004). No seu relatório de 2008, a Organização Mundial de Saúde encoraja todos os países no sentido do fortalecimento dos Cuidados de Saúde Primários com o objectivo de reduzir as desigualdades e a despesa em saúde.

Em 1978, a conferência de Alma-Ata impulsionou uma mudança de paradigma no pensar sobre a saúde, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) podem ser entendidos como *“os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”*.

Sendo os CSP e, em especial, a medicina geral e familiar, o primeiro nível de contacto dos cidadãos com o sistema de saúde (Barros, 2009; Antunes *et al.*, 2006; Simões, 2004), ao estarem acessíveis quando necessários e acompanhando todo o processo saúde-doença de uma vida (Antunes *et al.*, 2006; Antunes *et al.*, 2008), a sua reforma torna-se assim imperativa, para que haja uma globalização da gestão da saúde, onde para além do objectivo primordial de promoção e prevenção da saúde (Barros, 2009) se procura garantir a sustentabilidade do SNS.

De acordo com a OMS, um sistema de referência como os cuidados de saúde primários, com prestadores a desempenharem a função de *gatekeepers*, encaminhando os utentes para os cuidados de saúde secundários e terciários, contribui para um sistema mais eficiente, impedindo a utilização desnecessária de cuidados secundários e terciários podendo estes evoluírem para “gestores de casos”, onde guiam os utentes crónicos à medida que avançam através do sistema de cuidados de saúde e serviço social (Delnoij, Klazinga e Velden, 2003).

Apesar da evolução histórica dos CSP não ser o foco primordial deste trabalho, no Anexo B encontra-se um resumo da história e evolução ao longo dos tempos dos CSP em Portugal.

Seguidamente será descrita a actual situação dos CSP em Portugal e a sua estrutura.

2.4.1. Actual reforma

A actual reforma dos CSP iniciou-se em 2005 com o Programa do XVII Governo Constitucional, tendo como principal enfoque reforçar a importância do SNS e valorizar os CSP, focando-se mais na reforma dos CS e nos cuidados de saúde familiares, dada a ligação existente entre os CSP e o utente, por serem o primeiro acesso destes aos cuidados de saúde (Pisco, 2007; Campos, 2008).

Trata-se de uma reforma que abrange oito grandes áreas de intervenção: a reconfiguração e autonomia dos centros de saúde; a implementação de unidades de saúde familiar; a reestruturação dos serviços de saúde pública; outras dimensões da intervenção na comunidade; a implementação de unidades locais de saúde; o desenvolvimento dos recursos humanos; o desenvolvimento do sistema de informação; a mudança e desenvolvimento de competências (Campos, 2007). Esta alteração tem como objectivo aproximar a estrutura de prestação de cuidados de saúde do cidadão, ao mesmo tempo que introduz uma flexibilidade de organização e gestão face à estrutura de prestação de CSP baseada nos centros de saúde tradicionais (Barros, 2009).

A proposta da reforma dos CSP assenta naquilo que os profissionais da saúde têm vindo a defender há muitos anos: optimização dos recursos existentes para melhorar a qualidade do serviço, diferenciação técnica e governação clínica, inovação e aprendizagem de todos os profissionais, flexibilidade, competência, responsabilização, voluntariedade, planeamento e monitorização, consenso, remunerações dependentes da produtividade e qualidade dos cuidados, relações interpessoais e profissionais escorregas e produtivas (Campos, 2007).

Na sequência do estabelecido no Programa do Governo, o Conselho de Ministros criou na dependência directa do ministro da Saúde, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), com a natureza de estrutura de missão, para a condução do projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde e implementação das USF (Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 22 de Setembro de 2005, publicada em Diário da República a 12 de Outubro).

A MCSP implementou tendências inovadoras, a reforma abrange a reorganização local dos cuidados, com especial ênfase nas recentemente criadas USF e na reorganização dos

ACES, com o consequente desaparecimento da estrutura intermédia constituída pelas Sub-Regiões de Saúde (Miguel e Sá, 2010).

A publicação do Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro, veio estabelecer o regulamento para o lançamento e implementação das USF, criadas pelo Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, como unidades estruturantes dos centros de saúde a reconfigurar. Mais tarde, o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, veio estabelecer “o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir a todos elementos que as constituem” (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, art. 1º).

Em 2011, o Despacho Normativo n.º 5/2011, de 15 de Março veio revogar o Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro, passando este a estabelecer o regulamento de candidaturas para adesão ao modelo das USF.

As USF foram a face mais visível da reforma dos CSP, entre outros factores devido à possibilidade de alargamento da cobertura populacional. No último ponto da situação, de 30 de Abril de 2012, existiam em actividade 321 USF, havendo mais vinte e quatro aprovadas e a aguardar abertura e ainda 451 em diferentes fases de avaliação (MCSP, 2012a). Segundo os dados da MCSP estas USF em actividade resultam num ganho de cobertura de 518.344 pessoas.

As USF dos centros de saúde visam a modernização organizativa e técnico-científica da medicina geral e familiar nas instituições públicas do SNS, visando aperfeiçoar a prestação de cuidados de medicina familiar num contexto de grupo e equipa. Estando em consonância com as tendências internacionais de redução acelerada da *solo practice* (prática profissional individual), substituindo-a pelas *group practices* (Branco e Ramos, 2001).

Estas USF, como unidades autónomas e integradoras de equipas profissionais multidisciplinares, garantem a proximidade e acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde básicos, combatendo a intensa procura e utilização das urgências hospitalares. Significando uma maior proximidade dos cidadãos a consultas de medicina geral e familiar, de saúde pública, tratamentos e consultas de urgência integradas nas unidades, estando estas consultas disponíveis para os utentes locais sendo uma forma de prestar auxílio em situações de emergência que não justifiquem a ida ao hospital.

Em 2008, o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, cria os Agrupamentos de Centros de Saúde do SNS, cujo objectivo consiste em dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde. Estas unidades são serviços de saúde com autonomia

administrativa mas não têm autonomia jurídica e financeira (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, art. 2º, n.º 1 e 3).

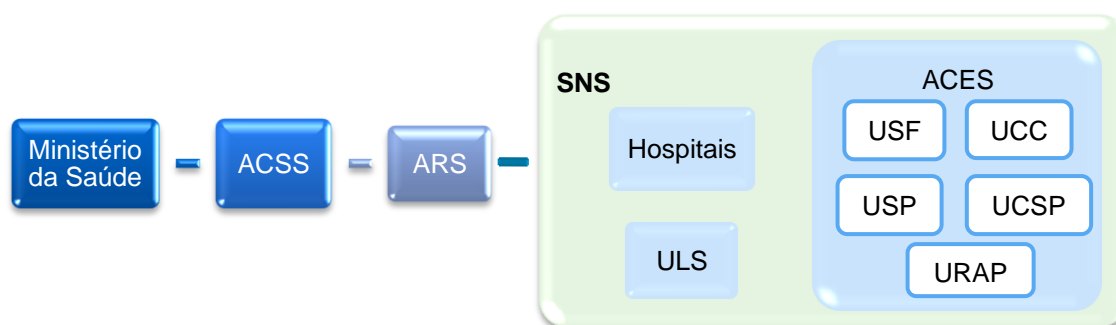
Importa distinguir os três modelos de USF existentes, visto que, apesar das USF serem, como já foi referido, pequenas unidades operativas dos CS com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objectivos de acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços, nem todas têm o mesmo plano de desenvolvimento organizacional, existindo uma diferenciação entre os vários modelos (A, B e C) resultante do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e do modelo de financiamento e respectivo estatuto jurídico. Os diferentes modelos caracterizam-se por (MCSP, 2012b):

- Modelo A: corresponde na prática, a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. É uma fase indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e/ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar.
- Modelo B: é o indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efectiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigente.
- Modelo C: tem como característica a existência de um contrato programa. Podem ser equipas do sector público ou pertencerem ao sector privado, cooperativo ou social. Trata-se de um modelo experimental com carácter supletivo a regular por diploma próprio.

2.4.2. Estrutura dos cuidados de saúde

O SNS abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, Base XII, n.º 2). Na Figura 5 encontra-se esquematizada a organização do sistema de saúde português.

Figura 5 – Organização do sistema de saúde português.



É necessário compreender os fundamentos desta distinção de níveis de cuidados, para se conseguir identificar as prioridades na distribuição de recursos. A natureza dos diferentes tipos de cuidados de saúde e a sua diversa apetência para a absorção de recursos condicionam o desvio quase total dos recursos financeiros, materiais e também profissionais para os cuidados secundários e terciários. Por conseguinte, esta divisão visa racionalizar e otimizar os recursos disponíveis proporcionando os maiores e os melhores benefícios possíveis ao maior número de pessoas (Simões, 2004).

Actualmente, a estrutura de prestação de cuidados do SNS Português encontra-se distribuída em três níveis, mas a sua designação pode encontrar diferentes significados, consoante o objectivo e o contexto em causa (Costa e Santana, 2008):

- Por nível de prestação: primária, secundária e terciária;
- Por tipo de cuidados: gerais, especialistas e continuados;
- Por facilidades: Centros de Saúde, Hospitais e Unidades de Cuidados Continuados;
- Por natureza: pré-agudos, agudos e pós-agudos;
- Por utilização: primeira linha e segunda linha.

A estruturação dos cuidados de saúde, em primários, secundários e terciários está assente em bases epidemiológicas, critérios de custo-efectividade, autonomia de gestão, económica, bem como em princípios de acessibilidade, adequação, aceitabilidade e continuidade de cuidados (Simões, 2004).

Relativamente ao nível de prestação de cuidados primários, realizado nas USF, verificamos que estas oferecem uma carteira básica de serviços e uma carteira adicional de serviços, que são prestados por médico e/ou enfermeiros (Portaria n.º 1368/2007, de 18 de Outubro). No Quadro 4 estão caracterizadas os dois tipos de carteira de serviços.

Quadro 4 – Caracterização da Carteira básica de serviços e da Carteira adicional de serviços.

Carteira básica de serviços		Carteira adicional de serviços
Núcleo base de serviços clínicos	Consulta de adulto	Alargamento do horário de atendimento
	Consulta de saúde infantil	Cuidados continuados
	Consulta de planeamento familiar	Realização de pequenas cirurgias e MCDT
	Consulta de saúde materna	Consultas específicas para determinada população (p. ex. antitabágicas)
Cuidados em situação de doença aguda e urgente		
Acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla	Consulta de diabetes	
	Consulta de hipertensão arterial	
Cuidados no domicílio		
Vacinação		

Fonte: Portaria n.º 1368/2007, de 18 de Outubro.

Do Quadro 4 interessa reter e distinguir os quatro tipos de consultas mais comuns: saúde de adulto, saúde infantil, saúde materna e planeamento familiar. No Anexo C podem ser consultadas as definições destes quatro tipos de consultas e de outros termos utilizados para distinguir as consultas.

CAPÍTULO III.OBJECTIVOS

3.1. Objectivos gerais e objectivos específicos

A ausência de um plano de contabilidade analítica para os CSP constitui como um problema para a realização da contabilidade interna, fundamental para a gestão de qualquer instituição de saúde. Sem linhas orientadoras para a uniformização dos critérios de imputação e distribuição dos custos/proveitos, torna-se difícil obter dados analíticos para que haja um controlo de gestão mais eficaz, que permita a utilização dos recursos de uma forma eficiente e racional, melhorando a qualidade da prestação de cuidados aos utentes.

Partido do problema apresentado, este estudo tem como finalidade aplicar uma metodologia de apuramento de custos por utente nos CSP, recorrendo à informação disponível sobre os custos inerentes à prestação de cuidados de saúde primários.

Seguidamente serão apresentados os objectivos gerais e objectivos específicos deste projecto de investigação, fixados com base na problemática identificada.

3.1. Objectivos gerais e objectivos específicos

Os objectivos gerais propostos para este projecto são:

- Potenciar a utilização das bases de dados, no sentido de utilizar a informação sobre os custos nos cuidados de saúde primários, permitindo um melhor controlo das suas actividades e processos;
- Contribuir para a melhoria da gestão e monitorização da actividade financeira dos cuidados de saúde primários;
- Ajuda a uma maior transparência da sua situação económica, financeira e orçamental.

Os objectivos específicos propostos para este projecto são:

- Rever os principais critérios de imputação de custos, sobretudo os custos com o pessoal;
- Construção de um cenário para o apuramento de custos por utente;
- Estratificar os custos por utente em grupos etários e sexo;
- Estratificar os custos directos por grupo etário e sexo, bem como por categoria de custo directo;
- Estratificar os custos indirectos por grupo etário e sexo;
- Analisar os custos consoante a sua concentração;
- Identificar as principais dificuldades/limitações na implementação de uma metodologia de apuramentos de custos nos cuidados de saúde primários.

CAPÍTULO IV. METODOLOGIA

- 4.1. Fonte de dados e população em estudo
- 4.2. Variáveis consideradas
- 4.3. Protocolo aplicado

4.1. Fonte de dados e população em estudo

A população em estudo é uma USF do Alentejo Central, com 15.194 utentes inscritos, oito médicos, três médicos em formação pré-carreira, oito enfermeiros e seis assistentes técnicos.

O período em estudo corresponde ao exercício económico do ano de 2010.

Os dados foram extraídos do SIARS e do centro de custos da USF. Foi recolhida a informação das seguintes variáveis:

- Uteses inscitos;
- Sexo;
- Idade;
- Situação e ano de inscrição;
- Médico de família;
- Custos com o pessoal;
- Custos com medicamentos por utente;
- Custos com MCDT por utente;
- Centro de custos;
- Volume de consultas por:
 - Uteses;
 - Tipo de consulta;
 - Tipo de contacto;
 - Local da consulta;
 - Programa da consulta;
 - Atendimento médico.

Os dados foram posteriormente tratados através da aplicação informática Microsoft Excel 2007.

4.2. Variáveis consideradas

As variáveis consideradas para a análise, foram as seguintes:

- Custo por utente: corresponde à soma dos custos directos e indirectos associados e imputados a cada utente.
- Custo directo: corresponde aos custos que possam ser directamente associados com o utente que os incorreu, dentro dos custos directos são distinguidos os seguintes:
 - Custo com medicamentos: engloba o custo com medicamentos prescritos, excluindo o custo com medicamentos utilizados na USF;
 - Custo com MCDT;
 - Custo com o pessoal: corresponde ao custo com todos os funcionários da USF, dissociando-se em: custo com o pessoal médico, custo com o pessoal em formação pré-carreira, custo com o pessoal de enfermagem e custo com o pessoal de assistência técnica.
- Custo indirecto: corresponde aos custos que não podem ser directamente associados a um utente, dentro desta categoria de custos são distinguidos dois:
 - Custo indirecto variável;
 - Custo indirecto fixo.

4.3. Protocolo aplicado

O protocolo aplicado encontra-se dividido em duas fases: a primeira fase corresponde ao apuramento de custo por utente e a segunda fase corresponde à análise de dados.

4.3.1. Apuramento de custos por utente

Na primeira fase para apurar o custo por utente foi aplicada uma metodologia constituída por três etapas.

1ª Etapa: Identificação dos tipos de custos: directos e indirectos.

Os custos directos identificados foram: custos com o pessoal, medicamentos e MCDT.

Os custos indirectos dividiram-se em custos indirectos variáveis e custos indirectos fixos (Anexo D).

2ª Etapa: Tratamento dos custos directos.

Esta etapa dividiu-se em dois passos. No primeiro passo imputou-se os custos directos que podiam ser automaticamente identificados com o utente que os consumiu. Sendo automaticamente imputados a cada utente o custos com medicamentos e MCDT.

No segundo passo procedeu-se ao tratamento dos custos directos que não podiam ser, à partida, imputados a cada utente, como o caso dos custos com pessoal.

Começou-se por elaborar um quadro que contabiliza as consultas dadas pela divisão que se encontra descrita na Figura 6.

Figura 6 – Divisão das consultas.



Após a contabilização do número de consulta segundo a divisão apresentada, foram definidos os *cost drivers* e a forma de cálculo para o tratamento de custos com o pessoal.

Custos com o pessoal médico:

O *cost driver* escolhido para aplicar na alocação dos custos com o pessoal médico, para consultas atendidas pelo médico de família a utentes inscritos na lista e para as consultas atendidas por outros médicos que não o médico de família do utente em causa, foi o tempo de consulta (Quadro 5 e Quadro 6, respectivamente).

Quadro 5 – Tempos de consulta atendidas pelo próprio médico de família.

Cost driver – Tempo de consulta			
Tipo de consulta	Tipo de contacto	Programa de consulta	Duração (Minutos) ¹
Programada	Directo	S. Adulto	15
		S. Infantil	20
		S. Materna	15
		Planeamento Familiar	20
	Indirecto	Todos os programas	5
Não Programada	Directo	Todos os programas	15
	Indirecto	Todos os programas	5

¹ Tempo de marcação/prática da USF.

Quadro 6 – Tempos de consulta não atendidas pelo respectivo médico de família.

Cost driver – Tempo de consulta			
Tipo de consulta	Tipo de contacto	Programa de consulta	Duração (Minutos) ¹
Programada	Directo	S. Adulto	20
		S. Infantil	25
		S. Materna	20
		Planeamento Familiar	25
	Indirecto	Todos os programas	10
Não Programada	Directo	Todos os programas	20
	Indirecto	Todos os programas	10

¹ Prática da USF.

Foi refeita a contabilização das consultas em dois quadros: um quadro para as consultas atendidas pelo médico de família a utentes inscritos na lista dele e um quadro para as consultas que o médico de família não prestou aos utentes inscritos na sua lista. O apuramento da quantidade foi feito da seguinte forma: por médico, tipo de consulta, tipo de contacto, programa da consulta (Figura 7).

Figura 7 – Esquema de contabilização de consultas.



Após obter a quantidade de consultas de cada médico foi calculada a quantidade total de minutos trabalhados de cada médico, utilizando a seguinte fórmula:

$$TMTM_i = TMTCIM_i + TMTCIOM_i$$

Onde, $TMTM_i$ – Total de minutos trabalhados do médico_i.

$TMTCIM_i$ – Total de minutos trabalhados a atender consultas dos utentes inscritos na lista do médico_i.

$TMTCIOM_i$ – Total de minutos trabalhados a atender consultas dos utentes inscritos na lista de outro médico_j.

i – A, B, C, D, E, F, G, H, Outro.

Para o cálculo do $TMTCIM_i$, foi utilizada a seguinte fórmula:

$$TMTCIM_i = \sum (\text{Quantidade de consultas do médico}_i \times \text{Tempo de cada consulta})$$

Onde, i – A, B, C, D, E, F, G, H.

Para o cálculo do $TMTCIOM_i$, foram utilizadas as seguintes fórmulas:

$$TMTCIOM_i = \left(\frac{1}{7}\right) \times \sum (\text{quantidade de consultas não atendidas pelo médico}_j \times \text{tempo de cada consulta})$$

Para, $i = A, B, C, D, E, F, G, H$; $j = A, B, C, D, E, F, G, H$, exceto i .

$$TMTCIOM_i = \left(\frac{1}{8}\right) \times \sum (\text{quantidade de consultas não atendidas pelo médico}_j \times \text{tempo de cada consulta})$$

Para, $i = A, B, C, D, E, F, G, H$ e $j = \text{Outro}$.

O custo por minuto foi calculado através da seguinte fórmula:

$$\text{Custo por minuto do médico}_i = \frac{\text{Salário do médico}_i}{TMTM_i}$$

Onde, $i = A, B, C, D, E, F, G, H$.

Para o cálculo do custo por consulta de cada médico foram utilizadas as seguintes fórmulas:

1. Para as consultas atendidas pelo respectivo médico de família:

$$\text{Custo por consulta do médico}_i = \text{Tempo de consulta} \times \text{Custo por minuto do médico}_i$$

2. No caso das consultas que não foram atendidas pelo respectivo médico de família, o seu custo foi calculado pelas seguintes fórmulas:

$$\begin{aligned} \text{Custo por consulta não atendida do médico}_i \\ = \text{Tempo de consulta} \times \left\{ \left(\frac{1}{7}\right) \times \sum \text{Custo por minuto do médico}_j \right\} \end{aligned}$$

Para, $i = A, B, C, D, E, F, G, H$; $j = A, B, C, D, E, F, G, H$ excepto i .

$$\begin{aligned} \text{Custo por consulta não atendida do médico}_i \\ = \text{Tempo de consulta} \times \left\{ \left(\frac{1}{8}\right) \times \sum \text{Custo por minuto do médico}_j \right\} \end{aligned}$$

Para, $i = \text{Outro}$; $j = A, B, C, D, E, F, G, H$.

No apuramento do custo com pessoal médico por utente foi aplicada a seguinte fórmula:

$$\text{Custo Pessoal médico por Utente} = \text{Quantidade da consulta} \times \text{Custo por consulta do médico}_i$$

Note-se que a quantidade e o custo por consulta irão variar consoante a Figura 7, e foram excluídas as consultas de especialidade.

Custos com o pessoal em formação pré-carreira:

Estes custos directos foram distribuídos pelos utentes através do *cost driver* utilização da USF, ou seja, pelo número de consultas que cada utente usufruiu.

Não foi feita a distinção por programa de saúde.

Custos com pessoal de enfermagem e assistentes técnicos:

A imputação dos custos com o pessoal de enfermagem e assistentes técnicos foi feita de igual forma à imputação dos custos com o pessoal em formação pré-carreira, aplicando o do *cost driver* utilização da USF.

3ª Etapa: Tratamento dos custos indirectos.

No tratamento dos custos indirectos, foram identificados e separados em dois grupos os custos: variáveis, que são incursos devido à utilização da USF (p. ex. medicamentos, transporte de ambulâncias) e fixos, os que ocorrem que haja ou não consultas.

O primeiro grupo foi distribuído e imputado aos utentes que durante o ano utilizaram a USF, pela produção realizada (quantidade de consultas).

O segundo grupo foi distribuído e imputado por todos os utentes inscritos na USF.

4.3.2. Análise de dados

Nesta fase procedeu-se à análise de dados tendo como referência os objectivos que o presente trabalho pretende alcançar.

Para caracterizar a amostra vão ser utilizadas as seguintes medidas estatísticas: média, desvio padrão, mínimo e máximo. Nos cálculos destas medidas estatísticas, foram excluídos os utentes não inscritos na lista da USF, e consequentemente, as consultas e custos associados a estes. Esta opção foi tomada devido a não haver informação sobre o género e a idade destes utentes.

Para efeito de análise de custos, organizaram-se os custos de forma crescente e foram considerados os utentes utilizadores, ou seja, todos os utentes que tiveram pelo menos uma consulta, excluindo os restantes utentes e por conseguinte todos os custos associados a estes.

Serão analisadas as categorias de custos com mais peso no custo total. Na análise, estas categorias de custos, serão relacionadas com a quantidade/volume de utentes utilizadores e com os médicos.

Será também realizada uma análise dos custos, por médico, segundo a classificação de utentes que se encontra no Quadro 7.

Quadro 7 – Classificação dos utentes por volume de custo.

Classificação dos utentes	Volume de custos
Nível 1	0-20%
Nível 2	20-40%
Nível 3	40-60%
Nível 4	60-80%
Nível 5	80-100%

CAPÍTULO V. RESULTADOS

- 5.1. Caracterização da amostra
- 5.2. Caracterização da produção
- 5.3. Caracterização do custo por utente
- 5.4. Análise de custos

5.1. Caracterização da amostra

A USF em estudo tem 15.194 utentes inscritos, dos quais 52,78% são do sexo feminino (8.019) e 47,22% do sexo masculino (7.175) (Quadro 8).

Através da análise do Quadro 9 verifica-se uma grande amplitude nas idades dos utentes, sendo que as mulheres têm uma idade compreendida entre o mínimo de 1 ano e o máximo de 106 anos, com uma média de idade nos 45 anos e um desvio padrão de 23 anos. No caso dos utentes do sexo masculino, a idade mínima verificada foi a mesma que a das mulheres e a máxima foi de 102 anos, com uma média de idade situada nos 41 anos e um desvio padrão 23 anos.

Quadro 8 – Distribuição da amostra por género.

Género	N	% da Amostra
Mulheres	8.019	52,78%
Homens	7.175	47,22%
Total	15.194	100,00%

Quadro 9 – Caracterização da amostra por idades.

	Género	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	Mulheres	45	23	1	106
	Homens	41	23	1	102
	Total	43	23	1	106

Pela análise da pirâmide etária dos utentes da USF (Anexo E), constatamos que há um ligeiro estreitamento na base da pirâmide indicando que há pouca população jovem. O alargamento da pirâmide nas idades mais adultas, apesar de haver um ligeiro estreitamento a partir dos 65 anos, indica uma maior concentração da população nos níveis etários superiores, ou seja, a população é maioritariamente mais velha e com uma maior tendência para o ser.

No Quadro 10 podemos observar que os utentes inscritos na USF estão inscritos na lista dos oito médicos de uma forma uniforme. No entanto, existe uma pequena quantidade de utentes que tem como médico de família a informação de “OUTRO”. Verifica-se também que de uma forma geral, os médicos têm ligeiramente mais utentes do género feminino do que utentes do género masculino inscritos na sua lista.

Quadro 10 – Número de utentes inscritos na USF por médico.

Número de utentes inscritos por médico				
Médico	H	M	Total	% de utentes por médico no total de utentes inscritos
A	856	967	1.823	12,00%
B	853	1.007	1.860	12,24%
C	918	1.034	1.952	12,85%
D	893	1.047	1.940	12,77%
E	935	983	1.918	12,62%
F	877	1.044	1.921	12,64%
G	883	987	1.870	12,31%
H	929	926	1.855	12,21%
Outro	31	24	55	0,36%
Total	7.175	8.019	15.194	

5.2. Caracterização da produção

No Anexo F podem ser consultados os quadros que contabilizam as consultas realizadas ao longo do ano por tipo de consulta, tipo de contacto, local da consulta, programa de consulta e se foi o próprio médico de família a atender o utente, ou se este foi atendido por outro médico.

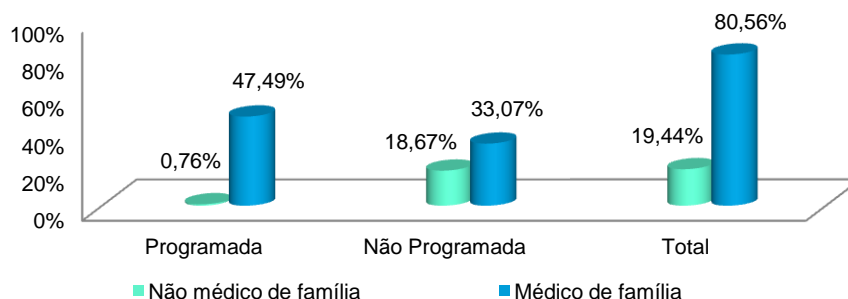
Durante o período em análise, foram realizadas 48.378 consultas, das quais 235 consultas foram prestadas a utentes que não se encontravam na lista de inscritos da USF.

5.2.1. Por tipo de consulta e atendimento médico

Do número total de consultas realizadas, 80,56% foram atendidas pelo respectivo médico de família (38.981 consultas) e 19,44% foram atendidas por outro médico (9.406) (Gráfico 1).

Das consultas realizadas, 48,25% foram consultas programadas (23.349) e 51,75% foram consultas não programadas (25.038).

Gráfico 1 – Volume de consultas por tipo de consultas e atendimento médico.



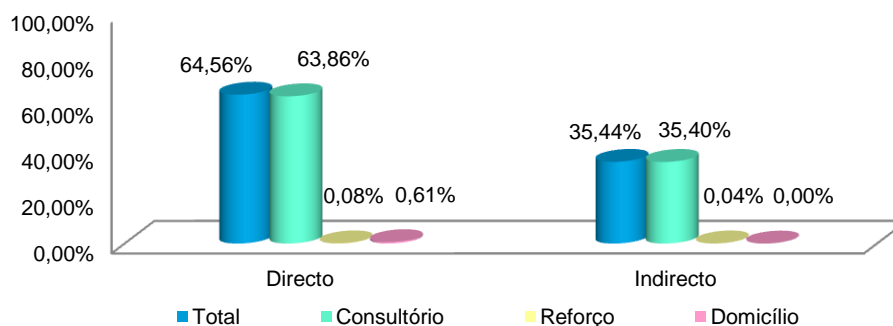
5.2.2. Por tipo de contacto e local

No Gráfico 2 podemos observar que 64,56% (31.238) das consultas são de contacto directo e 35,44% (17.149) das consultas são de contacto indirecto.

Relativamente ao local em que as consultas de contacto directo foram realizadas, 63,86% (30.902) tiveram lugar no consultório médico, 0,08% (41) são de reforço e 0,61% (295) foram realizadas no domicílio do utente.

No que diz respeito ao local onde as consultas de contacto indirecto foram realizadas, 35,40% (17.128) tiveram local no consultório médico e 0,04% (21) são de reforço.

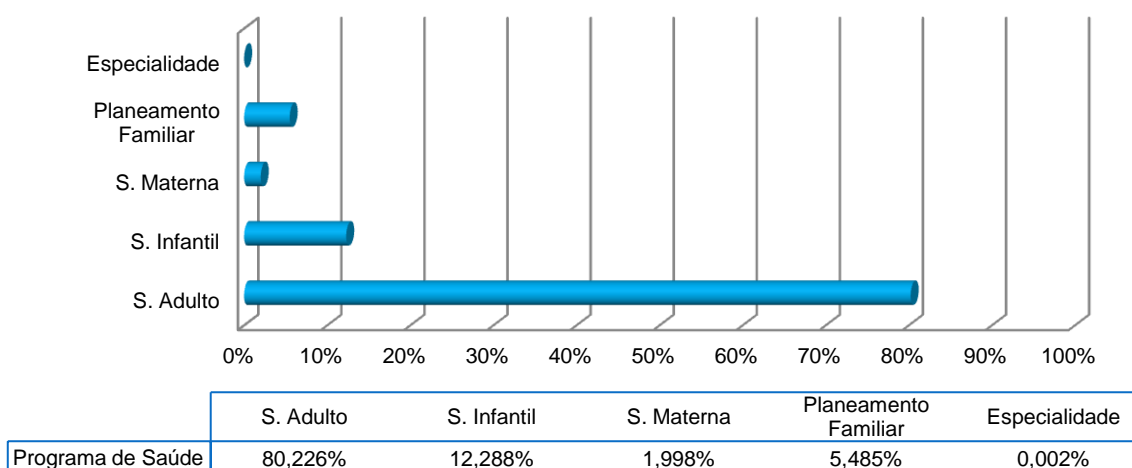
Gráfico 2 – Volume de consultas por tipo de contacto e local.



5.2.3. Por programa de saúde

Relativamente aos programas de saúde que a USF tem, cerca de 80,22% das consultas são de saúde de adultos (38.819), 12,28% de saúde infantil (5.946), 5,49% de planeamento familiar (2.654) e 2% de saúde materna (967) (Gráfico 3). As consultas de especialidade são praticamente inexistentes.

Gráfico 3 – Volume de consultas por programa de saúde.



5.2.4. Utilização

O total de consultas prestadas a utentes inscritos na USF foram 48.152 consultas, das quais 63,06% foram prestadas a utentes do género feminino (30.365) e 36,94% foram prestadas a utentes do sexo masculino (17.787). No entanto, apenas 10.193 utentes inscritos (67,09% do total de inscritos) utilizaram a USF, dos quais 58,41% são do sexo feminino (5.954) e 41,59% são do sexo masculino (4.239).

Relativamente aos utentes utilizadores inscritos na lista de cada médico (Quadro 11), pode-se dizer que mais de metade dos utentes inscritos na lista de cada médico utilizou a USF e que para todos os médico a população feminina é a que utiliza mais a USF. Contudo, é

importante salientar que o médico C foi o que teve menos utentes inscritos na sua lista a utilizarem a USF.

Quadro 11 – Volume de utentes utilizadores inscritos nas listas de cada médico.

Número de utentes utilizadores inscritos na lista de cada médico						
Médico	H	% de utilizadores no total de inscritos por médico	M	% de utilizadores no total de inscritos por médico	Total	% de utilizadores no total de inscritos por médico
A	552	64,49%	773	79,94%	1.326	72,71%
B	480	56,27%	750	74,48%	1.231	66,16%
C	444	48,37%	666	64,41%	1.110	56,89%
D	582	65,17%	809	77,27%	1.392	71,73%
E	564	60,32%	721	73,35%	1.286	67,02%
F	550	62,71%	798	76,44%	1.349	70,20%
G	513	58,10%	747	75,68%	1.261	67,41%
H	554	59,63%	690	74,51%	1.245	67,09%
Total	4.239	59,08%	5.954	74,25%	10.193	67,09%

A média de consultas por utente inscrito (Quadro 12) é de 3,17 consultas e o desvio padrão é de 4,07 consultas. A média de consultas por utente inscrito para a população feminina e masculina é de 3,79 consultas e de 2,48 consultas e o desvio padrão é de 4,29 consultas e de 3,70 consultas, respectivamente. O valor mínimo e máximo coincide em ambas as populações, 0 consultas e 48 consultas por utente.

No que diz respeito à média das consultas por utente utilizador (Quadro 12), esta é de 5,10 consultas para a população feminina e de 4,20 consultas para a população masculina. O desvio padrão é de 4,25 consultas para a população feminina e de 4 consultas para a população masculina. Para o total de utilizadores, a média de consultas por utilizador é de 4,72 e o desvio padrão é de 4,17 consultas.

No Anexo G poderão ser consultados os diagramas de dispersão das consultas por utente inscrito e por utente utilizador.

Quadro 12 – Caracterização das consultas por utente.

		Género	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Consultas por utente	Inscrito	Mulheres	3,79	4,29	0	48
		Homens	2,48	3,70	0	48
		Total	3,17	4,07	0	48
	Utilizador	Mulheres	5,10	4,25	1	48
		Homens	4,20	4,00	1	48
		Total	4,72	4,17	1	48

Importa ainda salientar que recorreram à USF 138 utentes que não se encontravam na lista de inscritos da USF. A estes utentes correspondem as 235 consultas referidas anteriormente.

No Gráfico 4 e 5, podemos observar que a população feminina utiliza mais a USF em relação à população masculina, tendo assim um volume de utilização superior. As mulheres a partir do grupo etário dos 30-35 anos começam a utilizar mais a USF, havendo um crescimento do número de consultas de 84,61% em relação ao grupo etário anterior, verificando-se posteriormente uma diminuição da utilização e um ligeiro aumento a partir dos 45 anos. No grupo etário dos 65-70 anos verifica-se uma diminuição da utilização, com uma redução de 20,45% em relação ao grupo anterior, contudo, a média de consultas por utente aumenta de 4,87 consultas por utente inscrito do grupo etário dos 60-65 anos, para 5,25 consultas por utente inscrito do grupo etário dos 65-70 anos. O valor máximo de consultas prestadas à população feminina ocorre no grupo etário dos 75-80 anos (3.937 consultas), que corresponde também à maior média de consultas por utente inscrito do sexo feminino e por grupo etário (6,95 consultas).

Na população masculina a utilização só é superior em relação à população feminina no primeiro grupo etário. A utilização diminui até aos 25 anos de idade, começando depois a aumentar até ao grupo etário dos 55-60 anos, onde atinge o valor máximo de consultas utilizadas (1.538 consultas). As duas maiores taxas de crescimento verificam-se no grupo etário dos 30-35 anos e dos 50-55 anos, com valores de 30,83% e 30,01%, respectivamente. No entanto, no grupo etário dos 30-35 anos o volume de utilização é apenas de 22,68%. A média máxima de consultas por utente inscrito do género masculino ocorre no grupo etário dos 80-85 anos (6,01 consultas).

Gráfico 4 – Distribuição das consultas por género e por grupo etário.

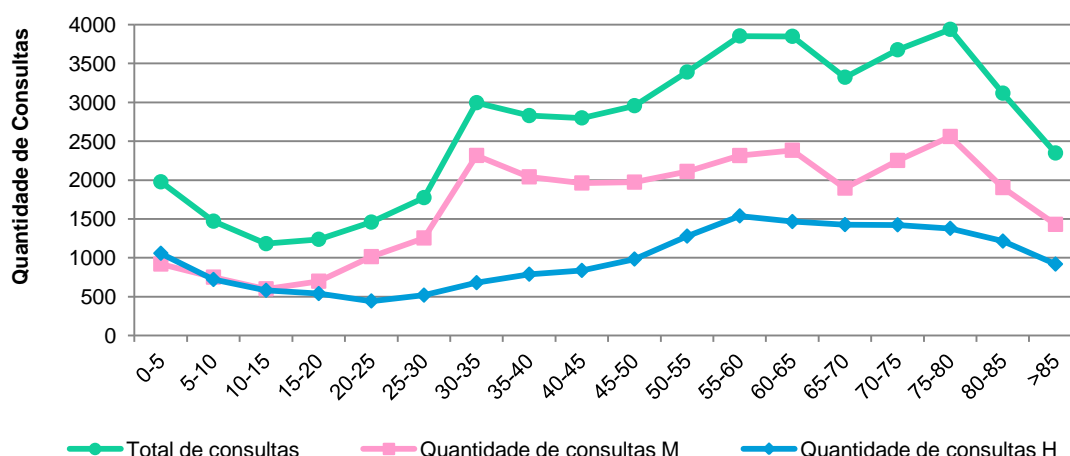
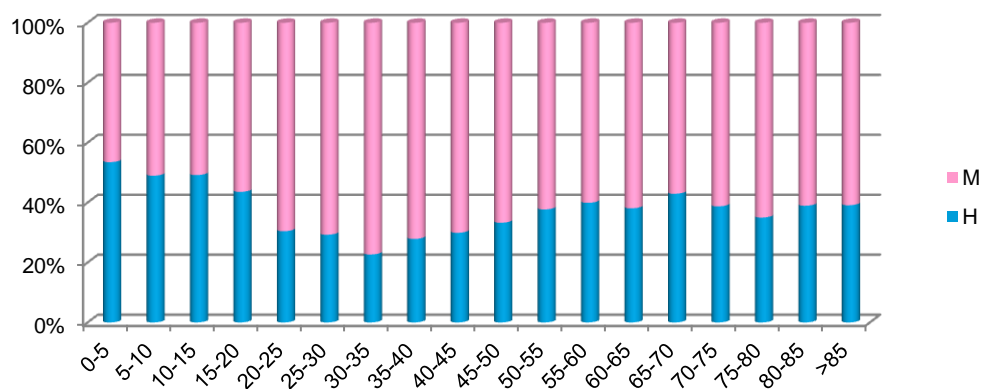


Gráfico 5 – Volume de consultas por género e por grupo etário.



5.3. Caracterização do custo por utente

5.3.1. Custos directos

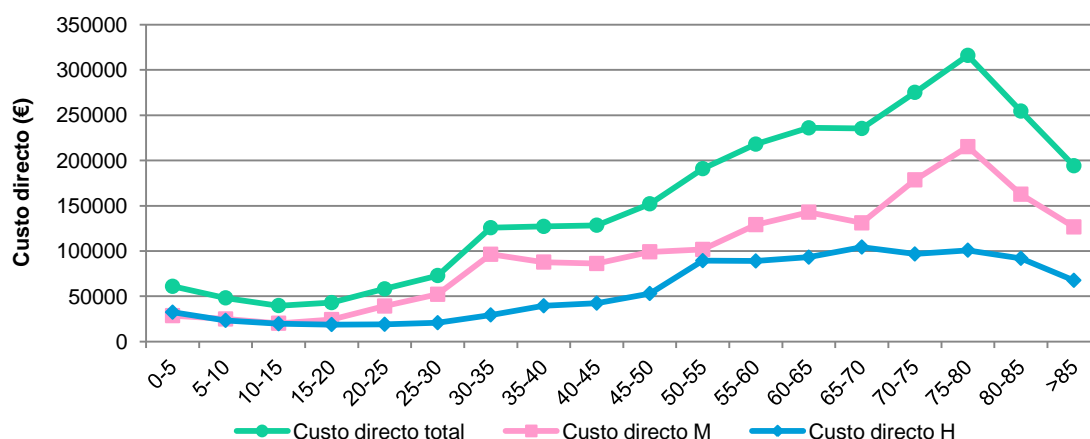
Os custos directos totais foram 2.775.921,06€, com uma média de 182,70€ por utente e um desvio padrão de 314,12€ (Quadro 13). A população feminina absorve 62,89% (1.745.709,33€) e a população masculina 37,11% (1.030.211,73€) dos custos directos totais. A média dos custos directos da população feminina por utente é de 217,70€ e o desvio padrão de 333,71€, com valor mínimo de 0,00€ e máximo de 4.693,68€. No que diz respeito à população masculina, a sua média é de 143,58€ por utente e o desvio padrão de 285,66€ por utente, com um valor mínimo de 0,00€ e um valor máximo de 3.882,42€ por utente.

Quadro 13 – Caracterização dos custos directos.

	Género	Total (€)	Volume	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Custo Directo	Mulheres	1.745.709,33	62,89%	217,70	333,71	0,00	4.693,68
	Homens	1.030.211,73	37,11%	143,58	285,66	0,00	3.882,42
	Total	2.775.921,06		182,70	314,12	0,00	4.693,68

Quando observamos a distribuição dos custos directos por grupo etário e por género (Gráfico 6), verificamos que à medida que a população é mais velha, os custos directos aumentam, sendo significativamente superiores na população feminina. Na população masculina, os custos directos têm um aumento significativo nos grupos etários dos 30-35 anos, 35-40 anos e dos 50-55 anos de idade, com uma taxa de crescimento de 41,52%, 34,33% e 68,47%, respectivamente. Os custos directos atingem o valor máximo na faixa etária dos 65-70 anos de idade. Relativamente à população feminina, os custos directos têm um aumento muito significativo nos grupos etários dos 20-25 anos, 30-35 anos e dos 70-75 anos de idade, com uma taxa de crescimentos de 61,97%, 84,84% e 36,29%, respectivamente. Os custos directos atingem o valor máximo na faixa etária dos 75-80 anos. O custo médio directo por utente atinge o valor máximo de 584,76€ por utente para as mulheres e 454,59€ por utente para os homens nos grupos etários dos 75-80 anos 80-85 anos, repectivamente.

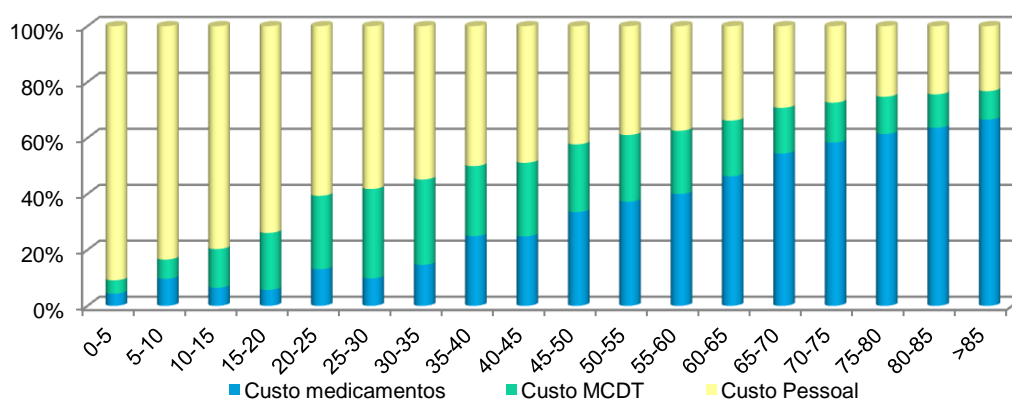
Gráfico 6 – Distribuição do custo directo por grupo etário e por género.



No Gráfico 7 pode-se observar que na população mais nova, o que tem mais peso nos custos directos é o custo com o pessoal, sendo o custo com medicamentos o que menos peso tem. Nos grupos etários dos 10-15 anos até ao dos 30-35 anos o peso do custo com MCDT é superior em relação ao peso do custo com medicamentos, invertendo-se este cenário no grupo etário dos 45-50 anos.

À medida que avançamos nas faixas etárias e a população vai envelhecendo e o custo com o pessoal vai perdendo o seu peso, sendo o ponto de inflexão no grupo etário dos 55-60 anos, passando os custos com medicamentos a ser os que mais peso têm para os custos directos.

Gráfico 7 – Volume dos custos directos por categoria e grupo etário.



5.3.1.1. Custos com medicamentos

Relativamente aos custos directos identificados, mais concretamente à distribuição dos custos com medicamentos (Quadro 14), verificou-se que a população feminina incorre com 61,51% dos custos com medicamentos (739.188,41€) e a população masculina com 38,49% dos custos com medicamentos (462.626,91€). A média dos custos com medicamentos por utente da população feminina é de 92,18€ e o desvio padrão de 251,55€, com valor mínimo

de 0,00€ e um valor máximo de 4.430,49€. O custo dos medicamentos por utente da população masculina tem uma média de 64,48€ e o desvio padrão é de 214€, tendo um custo mínimo de 0€ e máximo de 3.631,87€.

Quadro 14 – Caracterização dos custos com medicamentos.

	Género	Total (€)	Volume	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Custos com medicamentos	Mulheres	739.188,41	61,51%	92,18	251,55	0,00	4.430,49
	Homens	462.626,91	38,49%	64,48	214,00	0,00	3.631,87
	Total	1.201.815,32		79,10	234,97	0,00	4.430,49

No Gráfico 8, podemos constatar que até aos 30 anos, em ambos os sexos, o custo com medicamentos mantém-se relativamente constante. A partir da faixa etária dos 30-35 anos o custo com medicamentos começa a aumentar, sendo superior nas mulheres. Este padrão mantém-se até ao grupo dos 40-45 anos, havendo uma aproximação do volume de custo associados às mulheres e aos homens, 52,26% (16.685,74€) e 47,74% (15.240,75€) respectivamente (Gráfico 9). Na faixa etária dos 50-55 anos o padrão inverte-se, com 60% dos custos com medicamentos pertencentes à população masculina (Gráfico 9). No entanto, a partir dos 55 anos o custo com medicamentos volta a ser superior nas mulheres, havendo um crescimento a partir dos 70 anos até aos 80, com um volume de custos aproximadamente nos 70%. Já o custo com os medicamentos nos homens, apesar de haver também algum crescimento, este é menos intenso e com algumas descidas em alguns níveis etários.

De uma forma generalizada, à medida que avançamos nos grupos etários o custo em medicamentos vai aumentando, diminuindo a partir dos 80 anos.

Gráfico 8 – Distribuição do custo com medicamentos por género e grupo etário.

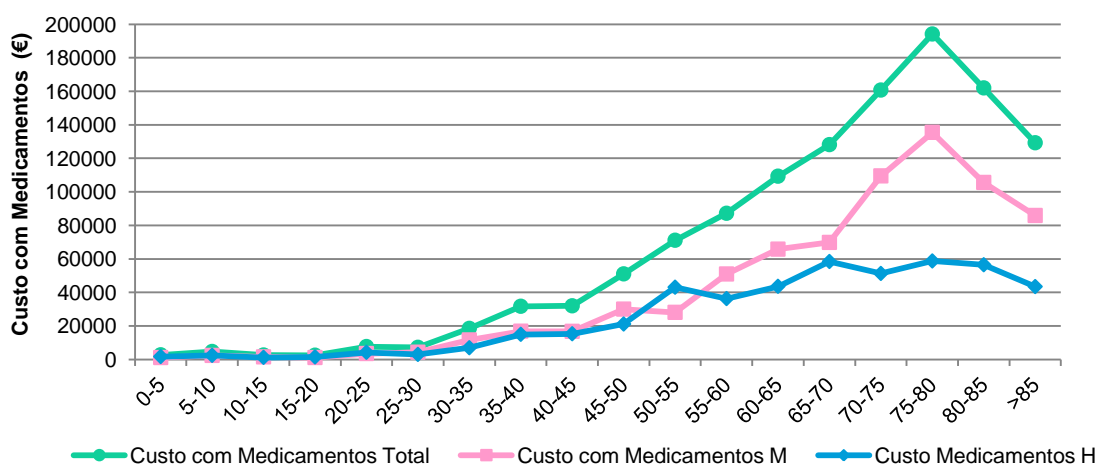
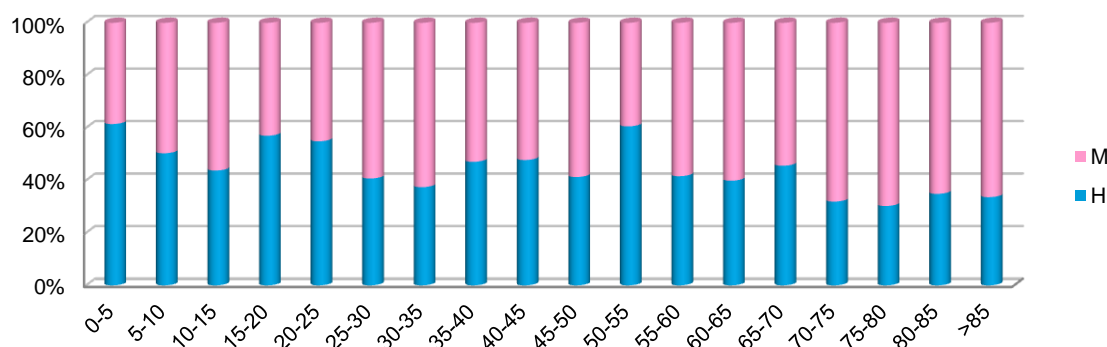


Gráfico 9 – Volume de custos com medicamentos por género e grupo etário.



5.3.1.2. Custos com MCDT

O custo total com MCDT (Quadro 15) é de 511.986,42€, absorvendo a população feminina 64,76% dos custos com MCDT (331.558,46€) e a população masculina 35,24% (180.427,96€). O custo dos MCDT por utente da população feminina tem uma média de 41,35€, com um desvio padrão de 70,71€, verificando-se um custo máximo de 659,10€. A média para o custo com MCDT por utente da população masculina é de 25,15€, com um desvio padrão de 53,67€, tendo sido o custo máximo de 617,27€.

Quadro 15 – Caracterização dos custos com MCDT.

	Género	Total (€)	Volume	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Custos com MCDT	Mulheres	331.558,46	64,76%	41,35	70,71	0,00	659,10
	Homens	180.427,96	35,24%	25,15	53,67	0,00	617,27
	Total	511.986,42		33,70	63,75	0,00	659,10

Nos Gráficos 10 e 11, podemos constatar que, à medida que avançamos nos grupos etários, o custo com MDCT vai crescendo, sendo este mais acentuado nas mulheres. Apenas no grupo etário dos 5-10 anos é que o custo com MCDT é superior nos homens, correspondendo a 54,69% (1.696,74€) dos custos totais nesse grupo etário (3.322,74€). Dos 20 aos 50 anos o custo com MCDT é extraordinariamente superior nas mulheres, principalmente na faixa etária dos 30-35 anos, correspondendo a 31.109,52€ cerca de 81,15% dos custos totais nesse grupo etário (38.338,16€). Neste grupo etário verifica-se uma inflexão, havendo uma diminuição dos custos na população feminina, mas continuando a aumentar na população masculina. No caso dos homens, o pico dos custos com MCDT ocorre no grupo etário dos 55-60 anos, correspondendo a 21.092,75€, cerca de 42,80% dos custos totais nesse grupo etário (49.285,85€), começando a diminuir a partir deste ponto.

Gráfico 10 – Distribuição do custo com MCDT por género e grupo etário.

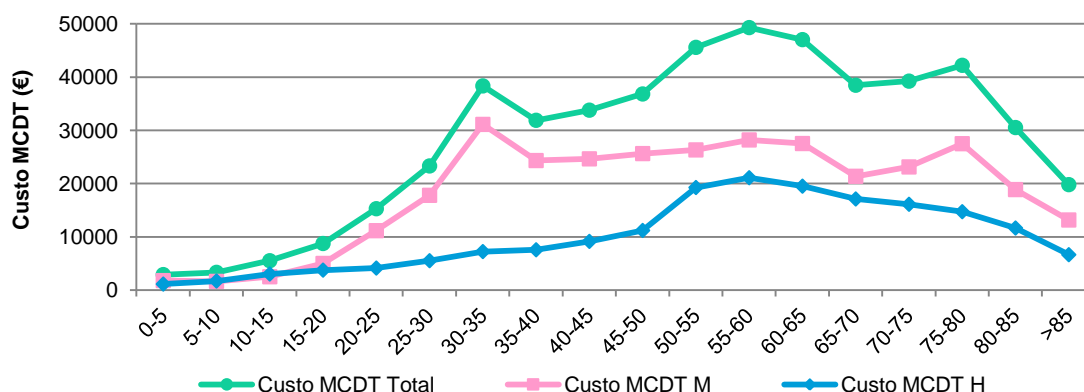
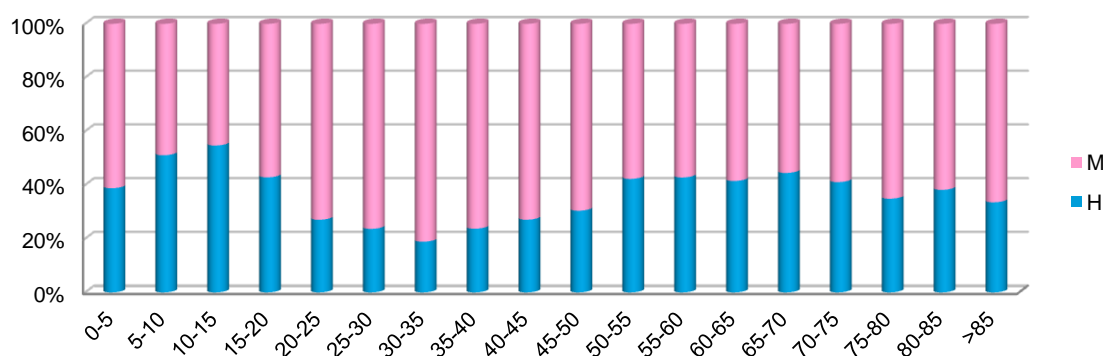


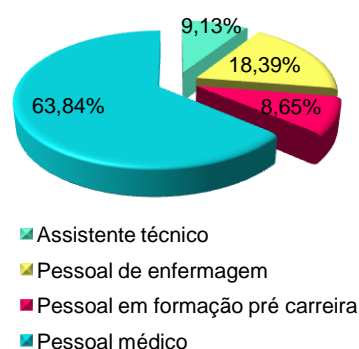
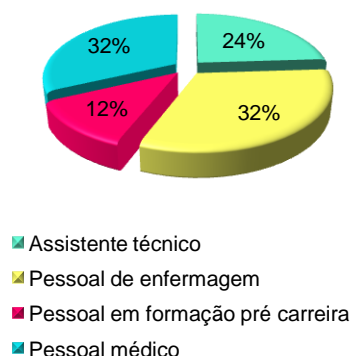
Gráfico 11 – Volume de custos com MCDT por género e grupo etário.



5.3.1.3. Custos com o pessoal

A grande maioria dos custos com o pessoal está associada a custos com o pessoal médico (63, 84%) que corresponde a 32% dos funcionários da USF (Gráfico 12 e Gráfico 13). Os restantes grupos profissionais e custos estão distribuídos da seguinte forma: 18,38% e 9,13% dos custos com pessoal de enfermagem e assistentes técnicos, correspondendo a 32% e 24%, respectivamente, dos funcionários da USF e 8,65% dos custos com pessoal médico em formação pré-carreira, que corresponde apenas a 12% dos funcionários da USF.

Gráfico 12 – Distribuição dos grupos profissionais. Gráfico 13 – Distribuição dos custos com pessoal por grupo profissional.



O total de minutos trabalhados pelos médicos e o custo por consulta de cada grupo profissional podem ser consultados no Anexo H e I.

Os custos com o pessoal totalizam 1.062.119,32€, do qual 63,55% foram distribuídos pelos utentes do sexo feminino (674.962,46€) e 36,45% pelos utentes do sexo masculino (387.156,86€). A média do custo com o pessoal por utente é de 69,90€, o desvio padrão de 85,83€, com o valor mínimo de 0,00€ e o valor máximo de 977,19€ (Quadro 16). A população feminina tem uma média de custo com pessoal por utente de 84,17€, o desvio padrão é de 90,72€, o valor mínimo de 0,00€ e o valor máximo de 817,43€. A média do custo com o pessoal por utente na população masculina é de 53,96€, o desvio padrão é de 76,95€, com o valor mínimo e máximo de 0,00€ e 977,19€, respectivamente.

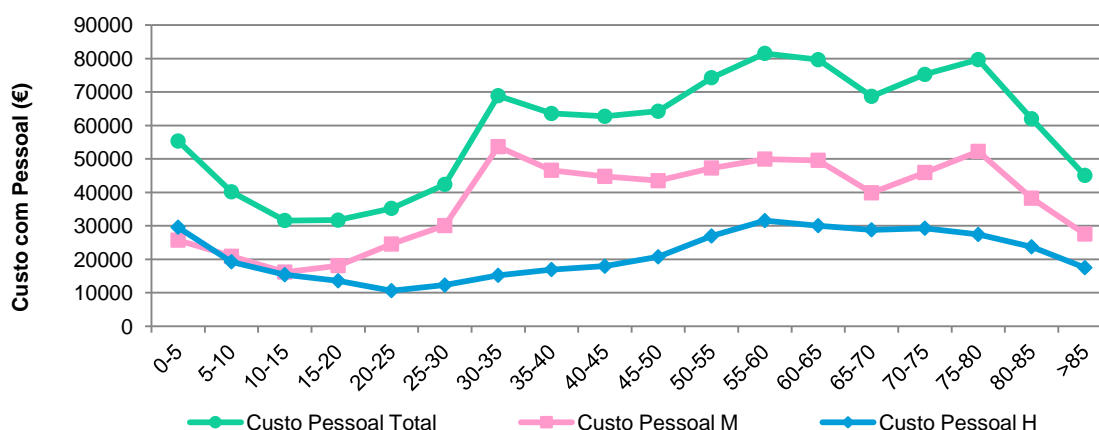
Quadro 16 – Caracterização dos custos com pessoal.

	Género	Total (€)	Volume	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Custos Pessoal	Mulheres	674.962,46	63,55%	84,17	90,72	0,00	817,43
	Homens	387.156,86	36,45%	53,96	76,95	0,00	977,19
	Total	1.062.119,32		69,90	85,83	0,00	977,19

No Gráfico 14 podemos observar a distribuição dos custos com o pessoal sofre grandes oscilações à medida que avançamos nos grupos etários. Os custos com o pessoal por utente na população masculina sofrem menos oscilações em relação à população feminina, estes diminuem dos 5 aos 25 anos de idade, começando a aumentar no grupo etário dos 25-30 anos, atingindo o pico máximo no grupo etário dos 55-60 anos (31.578,27€) e diminuindo ligeiramente nos outros níveis etários. No entanto, é no grupo etário dos 50-55 anos que se verifica a maior taxa de crescimento em relação ao grupo etário anterior (30,02%).

Relativamente à população feminina, o custo com o pessoal por utente diminui dos 5 aos 20 anos de idade, começando a aumentar até ao grupo etário dos 30-35 anos atingindo o máximo (53.670,85€), é neste grupo etário que se verifica a maior taxa de crescimento, de 78,39% em relação ao grupo etário anterior. O custo vai diminuindo até aos 45-50 anos, voltando a aumentar até ao grupo etário dos 55-60 anos (49.956,13€), no entanto, este sofre oscilações nos grupos etários subsequentes.

Gráfico 14 – Distribuição dos custos com pessoal por grupo etário e por género.



O custo total com o pessoal médico foi 677.819,21€, cujo 63,83% foi distribuído pela população feminina (432.620,02€) e 36,17% foi distribuído pela população masculina (245.199,18€) (Quadro 17). A média do custo total com o pessoal médico por utente é de 44,61€, o desvio padrão é de 54,73€, o valor mínimo é de 0,00€ e o valor máximo é de 594,11€. A população feminina tem uma média do custo com o pessoal médico por utente de 53,95€, o desvio padrão é de 58,07€ e o valor mínimo e máximo são de 0,00€ e 538,10€, respectivamente. Na população masculina, a média do custo com o pessoal médico por utente é de 34,17€, o desvio padrão de 48,68€, o valor mínimo é de 0,00€ e o valor máximo corresponde a 594,11€.

Quadro 17 – Caracterização dos custos com pessoal médico.

	Género	Total (€)	Volume	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Custos Pessoal Médico	Mulheres	432.620,02	63,83%	53,95	58,07	0,00	538,10
	Homens	245.199,18	36,17%	34,17	48,68	0,00	594,11
	Total	677.819,21		44,61	54,73	0,00	594,11

Relativamente ao custo com o pessoal médico em formação pré-carreira, o seu valor total corresponde a 91.894,93€, 63,06% foi distribuído pela população feminina (57.949,61€) e 36,94% pela população masculina (33.945,32€) (Quadro 18). A média do custo total com o pessoal médico em formação pré-carreira, por utente, é de 6,39€, o desvio padrão é de 8,21€, o valor mínimo é de 0,00€ e o valor máximo é de 91,60€. Relativamente a este custo para a população feminina e masculina, a média foi de 7,23€ e de 4,73€, o desvio padrão de 8,18€ e de 7,06€, respectivamente. Em relação ao valor mínimo e ao valor máximo, estes foram iguais para ambos os géneros, de 0,00€ e de 91,60€.

Quadro 18 – Caracterização dos custos com pessoal médico em formação pré-carreira.

	Género	Total (€)	Volume	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
C. Pessoal Médico em formação Pré-carreira	Mulheres	57.949,61	63,06%	7,23	8,18	0,00	91,60
	Homens	33.945,32	36,94%	4,73	7,06	0,00	91,60
	Total	91.894,93		6,39	8,21	0,00	91,60

O custo total com o pessoal de enfermagem foi de 195.386,38€, 63,06% foi distribuído pela população feminina (123.212,07€) e 36,94% pela população masculina (72.174,31€) (Quadro 19). A média do custo total com o pessoal de enfermagem por utente é de 12,86€, o desvio padrão é de 16,53€, o valor mínimo é de 0,00€ e o valor máximo é de 194,77€. Relativamente a este custo para a população feminina e masculina, a média foi de 15,37€ e de 10,06€, o desvio padrão de 17,39€ e de 15,02€, respectivamente. Em relação ao valor mínimo e ao valor máximo, estes foram iguais para ambos os géneros, de 0,00€ e de 194,77€.

Quadro 19 – Caracterização dos custos com pessoal de enfermagem.

	Género	Total (€)	Volume	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Custos Pessoal Enfermagem	Mulheres	123.212,07	63,06%	15,37	17,39	0,00	194,77
	Homens	72.174,31	36,94%	10,06	15,02	0,00	194,77
	Total	195.386,38		12,86	16,53	0,00	194,77

O custo total com o pessoal de assistência técnica foi de 97.018,80€, 63,06% foi distribuído pela população feminina (61.180,76€) e 36,94% pela população masculina (35.838,04€) (Quadro 20). A média do custo total com o pessoal de assistência técnica por utente é de 6,05€, o desvio padrão é de 7,77€, o valor mínimo é de 0,00€ e o valor máximo é de 96,71€. Relativamente a este custo para a população feminina e masculina, a média foi de 7,63€ e de 4,99€, o desvio padrão de 8,63€ e de 7,46€, respectivamente. Em relação ao valor mínimo e ao valor máximo, estes foram iguais para ambos os géneros, de 0,00€ e de 96,71€.

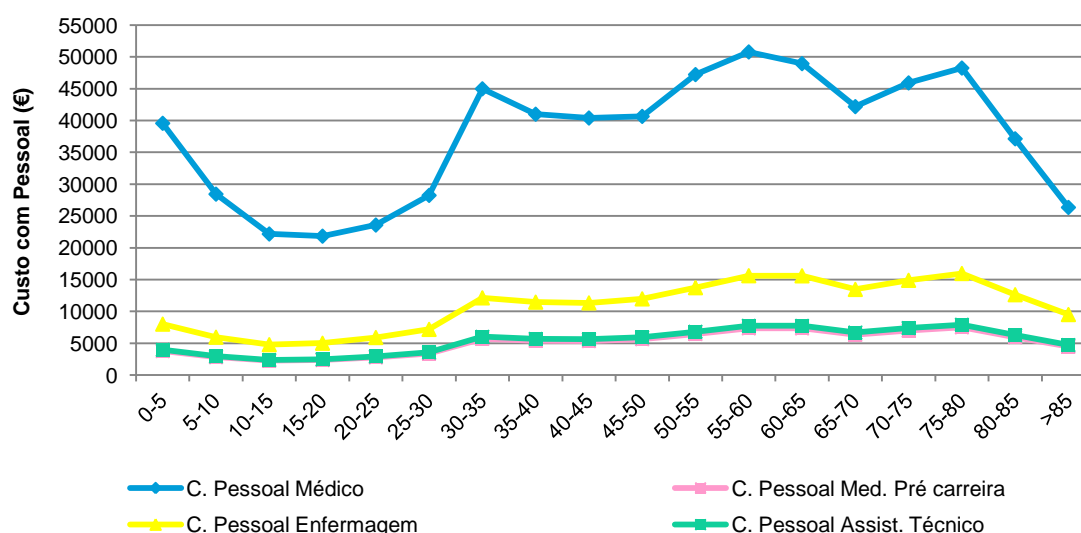
Quadro 20 – Caracterização dos custos com pessoal de assistência técnica.

	Género	Total (€)	Volume	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Custos Pessoal Assist. Técnico	Mulheres	61.180,76	63,06%	7,63	8,63	0,00	96,71
	Homens	35.838,04	36,94%	4,99	7,46	0,00	96,71
	Total	97.018,80		6,05	7,77	0,00	96,71

No Gráfico 15 podemos constatar que o custo com o pessoal médico é bastante superior e com mais oscilações comparando com as outras categorias de custo com o pessoal. Sendo

o grupo etário dos 30-35 anos o que apresenta a taxa de crescimento mais elevada em todas as categorias de custo com o pessoal, em relação ao grupo etário anterior (59,28% para os custos com o pessoal médico e de 68,87% para os restantes custos com o pessoal).

Gráfico 15 – Distribuição dos custos com pessoal por categoria e por grupo etário.



O custo com o pessoal imputado aos utentes que não estavam na lista de inscritos da USF, totalização um valor de 5.730,67€. Deste valor 67,27% está associado ao custo com o pessoal médico (3.855,14€), 16,64% a custos com enfermeiros (953,56€), 8,26% a custos com assistentes técnicos (473,49€) e 7,83% está associado a custos com pessoal médico em formação pré-carreira. No Quadro 21 encontra-se a caracterização dos custos com o pessoal imputados aos utentes não inscritos.

Quadro 21 – Caracterização do custo com pessoal de utentes não inscritos.

	C. Pessoal por utente	C. Pessoal Med. Pré carreira	C. Pessoal Enfermagem	C. Pessoal A. Técnico	C. Pessoal Médico
Média	41,53	3,25	6,91	3,43	27,94
Desvio Padrão	37,24	3,83	8,14	4,04	22,97
Mínimo	13,29	1,91	4,06	2,01	5,31
Máximo	311,10	38,17	81,15	40,30	151,48

5.3.2. Custos indirectos

Os custos indirectos foram 198.465,73€, sendo que 59,44% foram distribuídos pelos utentes do sexo feminino (117.969,82€) e 40,56% pelos utentes do sexo masculino (80.495,91€). A média do custo indirecto por utente é de 13,06€, o desvio padrão de 10,88€, com o valor mínimo de 4,60€ e o valor máximo de 132,80€ (Quadro 22). A população feminina tem uma média de custo indirecto por utente de 14,71€ e o desvio padrão de 11,44€. A média do

custo indirecto por utente na população masculina é de 11,22€ e o desvio padrão é de 9,89€. Ambos os géneros têm o valor mínimo de 0,00€ e o valor máximo de 132,80€.

Quadro 22 – Caracterização dos custos indirectos.

	Género	Total (€)	Volume	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Custos Indirecto	Mulheres	117.969,82	59,44%	14,71	11,44	4,60	132,80
	Homens	80.495,91	40,56%	11,22	9,89	4,60	132,80
	Total	198.465,73		13,06	10,88	4,60	132,80

O custo indirecto fixo total foi 69.861,78€, tendo sido distribuído 52,78% pela população feminina (36.871,24€) e 47,22% pela população masculina (32.990,54€) (Quadro 23). A média do custo indirecto fixo total por utente é de 4,60€, o desvio padrão é praticamente 0,00€, o valor mínimo e o valor máximo coincidem (4,60€). Relativamente à caracterização do custo fixo por utente, mas por género, esta é igual para ambos os géneros e igual ao custo fixo total por utente.

Quadro 23 – Caracterização dos custos indirectos fixos.

	Género	Total (€)	Volume	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Custos Indirecto Fixos	Mulheres	36.871,24	52,78%	4,60	7,99E-15	4,60	4,60
	Homens	32.990,54	47,22%	4,60	3,70E-13	4,60	4,60
	Total	69.861,78		4,60	9,93E-13	4,60	4,60

O custo indirecto variável total foi 128.603,95€, tendo sido 63,06% distribuído pela população feminina (81.098,58€) e 36,94% pela população masculina (47.505,37€) (Quadro 24). A média do custo indirecto variável por utente é de 8,46€, o desvio padrão é de 10,88€, o valor mínimo é de 0,00€ e o valor máximo é de 128,20€. Relativamente a este custo para a população feminina e masculina, a média foi de 10,11€ e de 6,62€, o desvio padrão de 11,44€ e de 9,89€, respectivamente. Em relação ao valor mínimo e ao valor máximo, estes foram iguais para ambos os géneros, de 0,00€ e de 128,20€.

Quadro 24 – Caracterização dos custos indirectos variáveis.

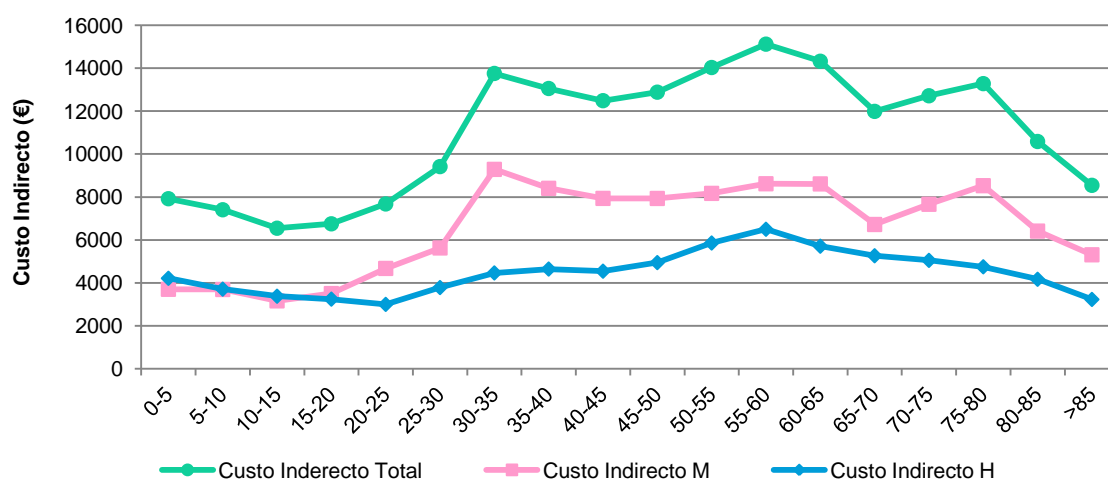
	Género	Total (€)	Volume	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Custos Indirecto Variáveis	Mulheres	81.098,58	63,06%	10,11	11,44	0,00	128,20
	Homens	47.505,37	36,94%	6,62	9,89	0,00	128,20
	Total	128.603,95		8,46	10,88	0,00	128,20

Relativamente aos utentes que utilizaram a USF e não se encontram na lista de inscritos, foram imputados a estes utentes 627,64€ de custos indirectos, que corresponde a custos

indirectos variáveis. A média deste custo por utente são 4,55€, o desvio padrão é de 5,36€, o valor mínimo são 2,67€ e o valor máximo é de 53,42€.

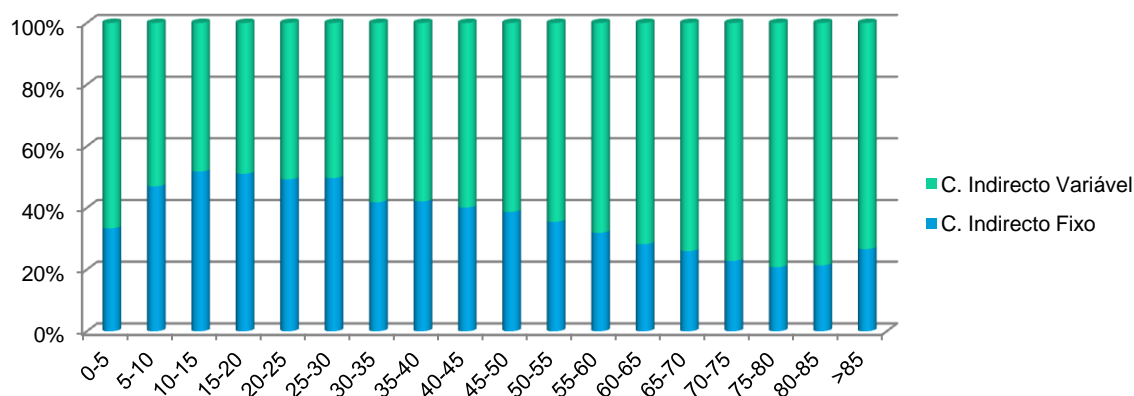
No Gráfico 16 podemos observar que a população feminina tem mais custos indirectos imputados, com a exceção dos primeiros grupos etários, contudo, a partir dos 15-20 anos o custo volta a ser superior. Na população feminina, o grupo etário dos 30-35 anos é o que tem mais custos indirectos imputados (9.286,52€). Na população masculina verifica-se que o grupo etário dos 55-60 anos é o que tem mais custos indirectos imputados (6.498,63€).

Gráfico 16 – Distribuição dos custos indirectos por grupo etário e por género.



Os custos indirectos fixos têm um peso superior na população mais nova, diminuindo o seu peso à medida que avançamos nos grupos etários, ou seja, à medida que a população vai ficando mais velha, os custos indirectos fixos passam a ter menos peso no custo indirecto total (Gráfico 17). Os custos indirectos variáveis, no primeiro grupo etário dos 0-5 anos têm um peso de 53,49%, diminuindo depois o seu peso no custo indirecto total, no entanto, à medida que a população vai ficando mais velha, o peso do custo indirecto variável aumenta.

Gráfico 17 – Volume dos custos indirectos por categoria e por grupo etário.



Note-se que todas as taxas de crescimento referidas podem ser consultadas no Anexo J, e no Anexo K podem ser consultadas as médias e os desvio padrão da quantidade de consultas e dos custos apurados.

5.3.3. Custo total por utente

O custo total obtido foi 2.974.386,79€, estando 62,66% associados à população feminina (1.863.679,15€) e 37,34% à população masculina (1.110.707,64€) (Quadro 25). A média do custo total por utente é de 195,76€, com um desvio padrão de 322,33€ e um valor mínimo e máximo de 4,60€ e 4.743,68€, respectivamente. A média do custo por utente da população feminina é de 232,41€, com um desvio padrão de 342,26€, o valor mínimo de 4,60€ e o valor máximo de 4.743,68€. Na população masculina, a média verificada é de 154,80€, o desvio padrão de 293,13€, o valor mínimo são 4,60€ e máximo de 3.929,75€.

Quadro 25 – Caracterização dos custos por utente.

	Género	Total (€)	Volume	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Custo por Utente	Mulheres	1.863.679,15	62,66%	232,41	342,26	4,60	4.743,68
	Homens	1.110.707,64	37,34%	154,80	293,13	4,60	3.929,75
	Total	2.974.386,79		195,76	322,33	4,60	4.743,68

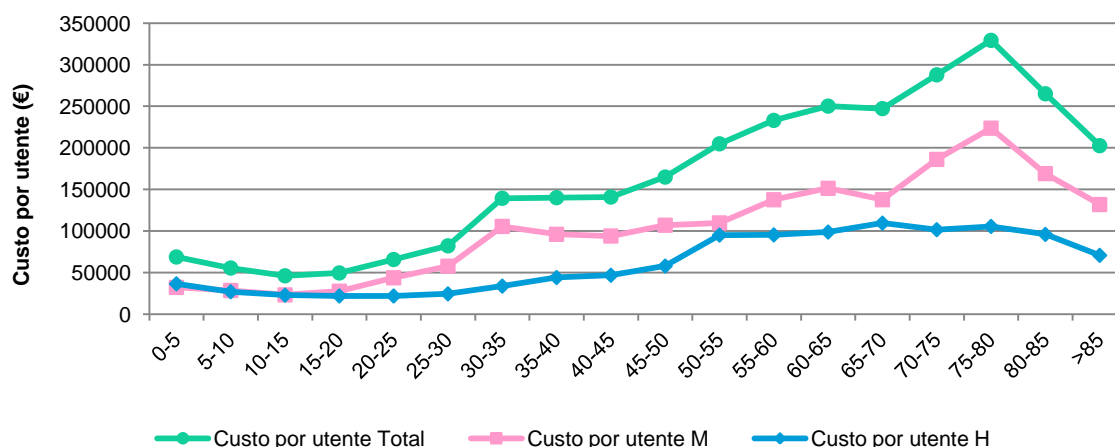
No que diz respeito ao custo por utente da população que frequentou a USF e não constava na lista de inscritos, o seu valor total é 6.358,31€, com um valor médio de 46,07€ por utente, um desvio padrão de 42,29€, o valor mínimo de 15,96€ e o valor máximo de 364,52€ por utente.

No Gráfico 18, podemos observar que o custo por utente é superior na população na população feminina e com oscilações diferentes em ambos os géneros. Na população feminina, o custo por utente diminui dos 5 aos 20 anos de idade, começando a aumentar no grupo etário dos 20-25 anos, iniciando um crescimento que não é constante até atingir o máximo no grupo etário dos 75-80 anos. A taxa de crescimento mais elevada verifica-se no grupo etário dos 25-30 anos, com um crescimento de 82,90% em relação ao grupo etário anterior. O custo médio por utente do sexo feminino atinge o valor máximo de 607,93€ por utente, correspondendo ao grupo etário dos 75-80 anos.

Na população masculina, o custo por utente diminui dos 5 aos 25 anos de idade, começando a aumentar no grupo etário dos 25-30 anos, iniciando um crescimento com menos oscilações do que o da população feminina e com valores inferiores, atingindo o seu máximo no grupo etários dos 65-70 anos. A taxa de crescimento mais elevada verifica-se no

grupo etário dos 50-55 anos, com um crescimento de 64,20% em relação ao custo do grupo anterior. No entanto, é no grupo etário dos 80-85 anos que o custo por utente masculino é mais elevado (475,24€ por utente).

Gráfico 18 – Distribuição dos custos por utente por género e grupo etário.



Relativamente aos custos que incorporam no custo total por utente inscrito, 93,33% corresponde a custos directos (2.775.921,06€) e 6,67% a custos indirectos (198.465,73€) (Gráfico 19).

Se analisarmos mais ao pormenor por categorias de custos, 40,41% são custos com medicamentos (1.201.815,32€), 22,79% são custos com pessoal médico (677.819,21€), 17,21% são custos com MCDT (511.986,42€), 6,57% são custos com pessoal de enfermagem (195.386,38€), 4,32% corresponde a custos indirectos variáveis (128.603,95€), 3,26% são custos com o pessoal de assistência técnica (97.018,80€), 3,09% são custos com o pessoal médico em formação pré-carreira (91.894,93€) e 2,35% corresponde a custos indirectos fixos (69.861,78€) (Gráfico 20).

Gráfico 19 – Volume de custos directos e indirectos no custo por utente.

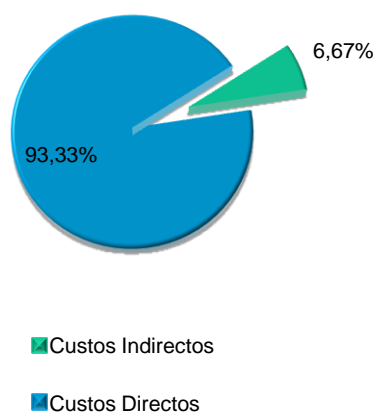
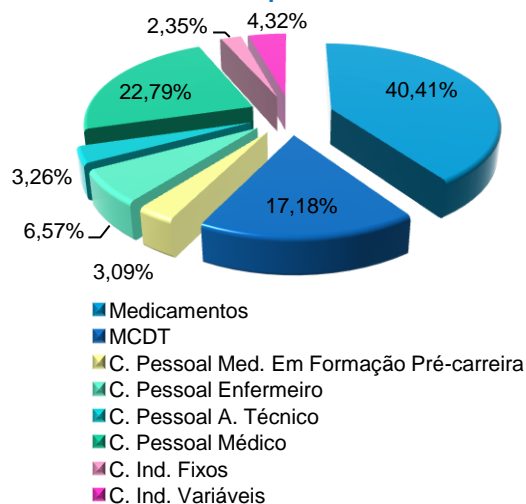


Gráfico 20 – Volume por categorias de custos no custo por utente.



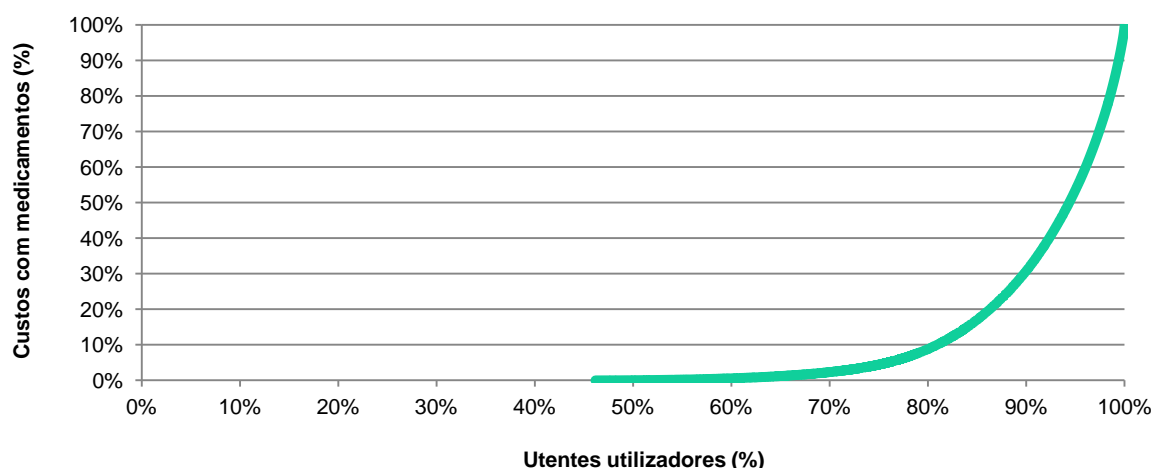
5.4. Análise de custos

Neste subcapítulo serão apresentados os resultados relativos à análise de dados das categorias de custos com mais peso no custo total, ou seja, será feita a análise de custos com medicamentos, custos com MCDT, custo com pessoal médico, custos directos totais, bem como, uma análise de custos totais.

5.4.1. Análise de custo com medicamentos

No Gráfico 21 podemos observar que 46,18% dos utentes utilizadores (4.707) não têm custos com medicamentos. A maioria dos custos com medicamentos está concentrada numa pequena parte da população, visto que cerca de 80% dos utentes utilizadores (8.247) representam apenas 10% dos custos com medicamentos.

Gráfico 21 – Distribuição dos custos com medicamentos por utente utilizador.



Analisando a distribuição dos custos com medicamentos por utente e associando o seu médico de família (Gráfico 22), nos primeiros 10% dos custos com medicamentos, existe uma uniformização da distribuição dos utentes pelos oito médicos. Contudo, nos restantes 90% dos custos com medicamentos (Gráfico 23), não se verifica essa uniformização, destacando-se o médico C por no total de utentes que contribuem para os 90% dos custos com medicamentos, ter apenas 5,50% de utentes, e o médico G, por verificar-se que tem 18,09% dos utentes.

Relativamente aos custos com medicamentos por médico (Gráfico 22 e 23), existe uma uniformização na sua distribuição pelos oito médicos para os primeiros 10% dos custos com medicamentos. No entanto, os restantes 90% dos custos com medicamentos, não seguem o mesmo padrão, realçando a sua distribuição no médico C, estando apenas associado 5,23%

de custos com medicamentos, e a distribuição no médico G, a que estão associados 19,07% dos custos com medicamentos.

Gráfico 22 – Distribuição do menor volume de custos com medicamentos por médico.

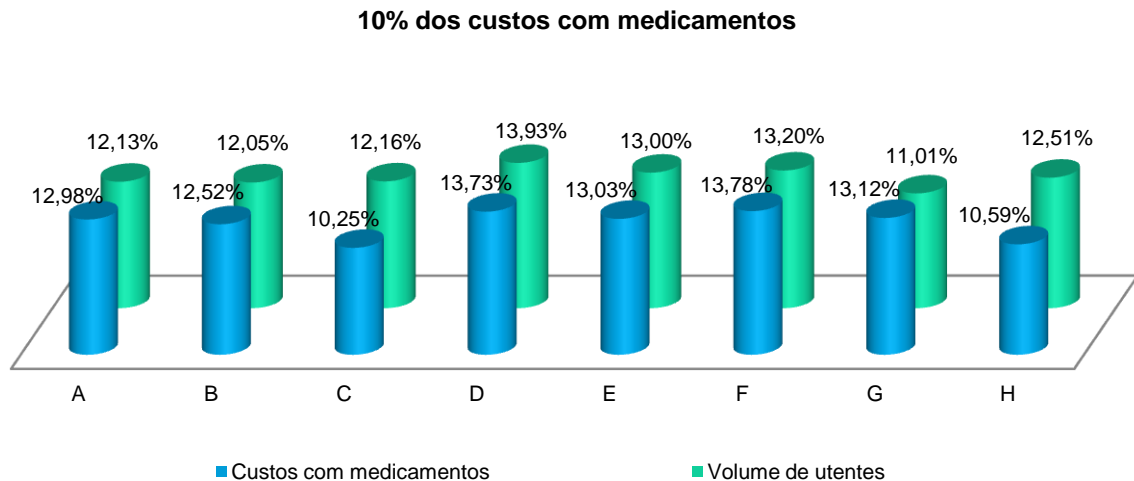
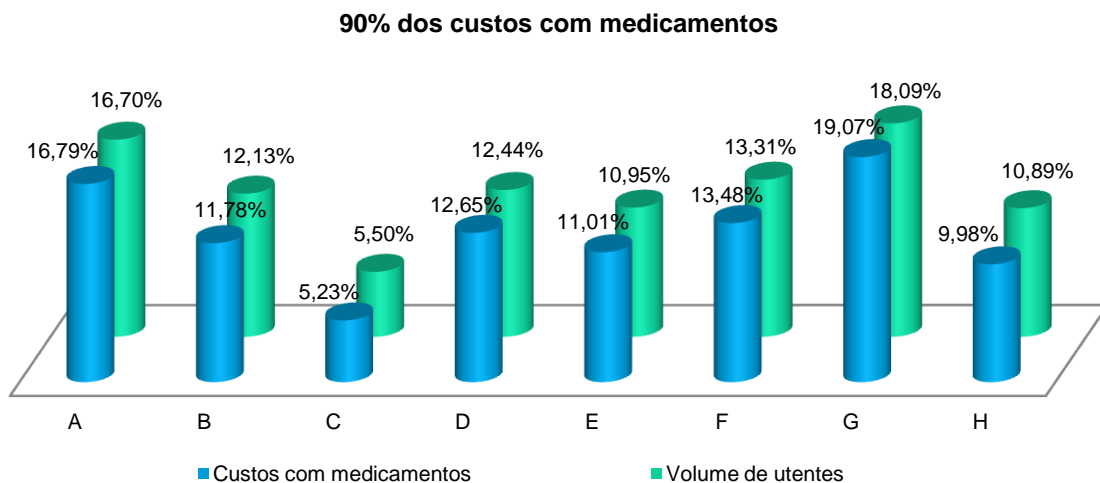


Gráfico 23 – Distribuição do maior volume de custos com medicamentos por médico.



No Gráfico 24 podemos observar que existe, de uma forma geral, para cada médico, um maior volume de utentes de nível 1, seguidos os de nível 2, nível 3, nível 4 e nível 5.

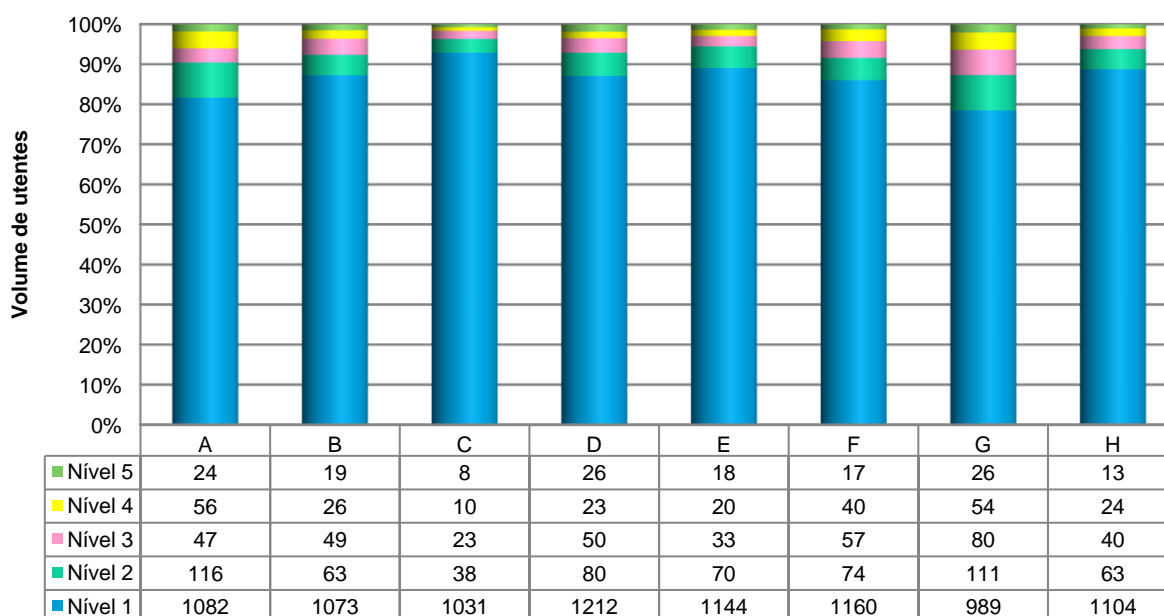
Relativamente aos utentes de nível 1, que representam a concentração mais baixa de custos com medicamentos (0-20%), não existem diferenças muito significativas no seu volume, em cada médico. No entanto, destaca-se o médico G por ter o menor volume de utentes (78,49% – 989 utentes) e o médico C por ter o maior volume de utentes deste nível (92,88% – 1.030 utentes).

Nos utentes de nível 2, destacam-se os médicos A e G por terem o maior volume de utentes (8,75% – 116 utentes e 8,81% – 111 utentes, respectivamente), representando estes utentes uma concentração de custos com medicamentos entre os 20 e os 40%. E o médico C por ter o menor volume de utentes deste nível (3,42% – 38 utentes).

No nível 3, destaca-se o médico G por ter o maior volume de utentes (6,35% – 80 utentes), e o médico C por ter o menor volume de utentes deste nível (2,07% – 23 utentes), representando estes utentes uma concentração de custos com medicamentos entre os 40 e os 60%.

No que concerne aos níveis 4 e 5, estes são os que têm o menor volume de utentes associados, destacando-se o médico G por ter o maior volume de utentes em ambos os níveis (4,29% – 54 utentes no nível 4 e 2,06% – 26 utentes no nível 5), o médico C por ter o menor volume de utentes em ambos os níveis (0,90% – 10 utentes no nível 4 e 0,71% – 8 utentes no nível 5), e o médico D por ter o maior volume de utentes do nível 5 aquando comparado com o volume de utentes do nível 4 (1,65% – 23 utentes no nível 4 e 1,87% – 26 utentes no nível 5). Note-se que estes dois níveis representam uma concentração de custos com medicamentos entre os 60–80% e os 80–100%, respectivamente.

Gráfico 24 – Concentração dos custos com medicamentos por médico.

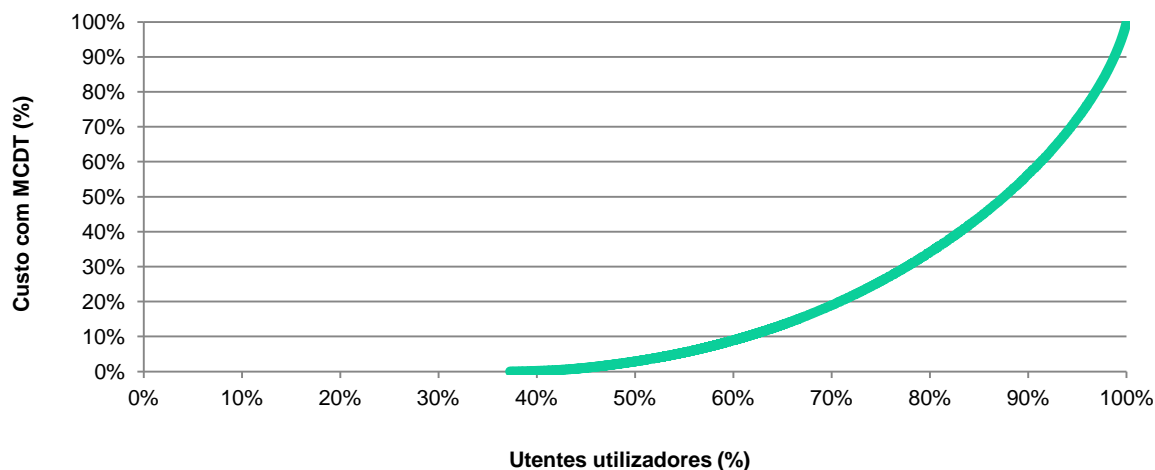


5.4.2. Análise de custos com MCDT

No Gráfico 25 podemos observar que 37,27% dos utentes utilizadores (3.799) não têm custos com MCDT. Grande parte dos custos com MCDT (90%) está concentrada em apenas

38,68% dos utentes utilizadores (3.943), estando assim associado aos primeiros 10% dos custos com MCDT 61,32% dos utentes utilizadores (6.250).

Gráfico 25 – Distribuição dos custos com MCDT por utente utilizador



Analisando a distribuição dos custos com MCDT por utente e associando o seu médico de família, nos primeiros 10% dos custos com MCDT (Gráfico 26), existe uma uniformização da distribuição dos utentes pelos oito médicos. Nos restantes 90% dos custos com MCDT, não se verificam diferenças significativas, contudo, destaca-se o médico F por no total de utentes que contribuem para os 90% dos custos com MCDT (Gráfico 27), ter 15,50% de utentes, e em situação oposta, o médico B, que é o que tem a menos quantidade de utentes associados aos 90% dos custos com MCDT.

No que diz respeito aos custos com MCDT por médico, não existe uma uniformização na distribuição pelos oito médicos. Nos primeiros 10% dos custos com MCDT (Gráfico 26), o médico A tem um maior valor associado de custos (17,58%) e o médico 8,64% tem a menos custos associados, cerca de 8,64% dos custos com MCDT. Nos restantes 90% dos custos com MCDT (Gráfico 27), destacam-se os médicos F e D por terem mais custos associados, 16,41% e 15,35%, respectivamente, e o médico B por ter menos custos associados (9,43%).

Note-se ainda que o médico F e D são os que têm mais utentes utilizadores nos 90% de custos com MCDT. Contrariamente, o médico C tem menos utentes que o médico E nos 90% dos custos com MCDT, mas o custo que lhe está associado é ligeiramente superior.

Gráfico 26 – Distribuição do menor volume de custos com MCDT por médico.

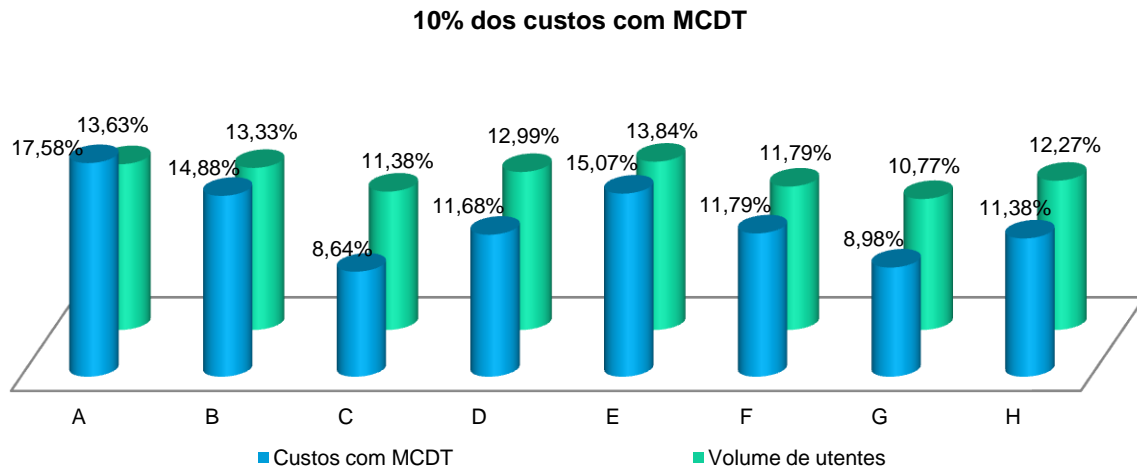
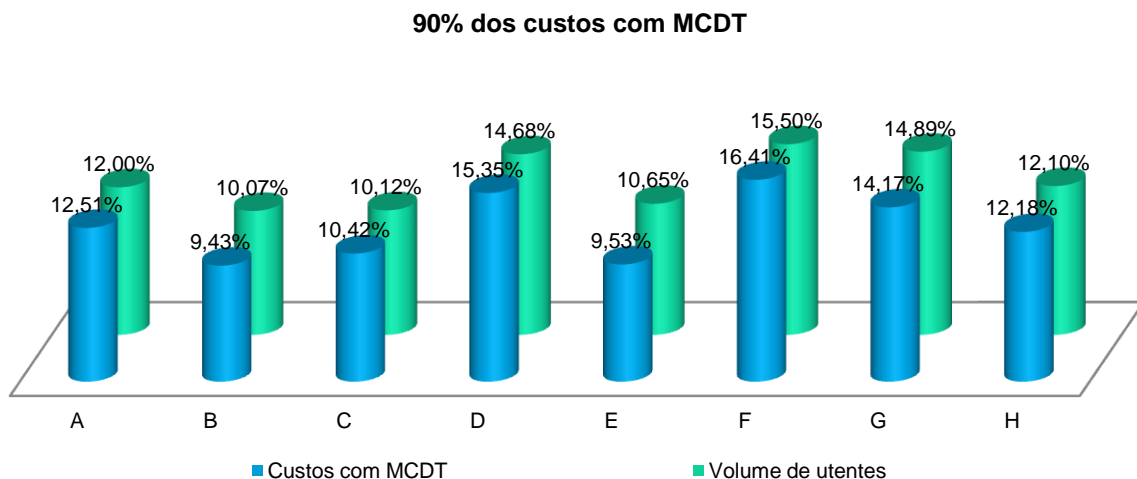


Gráfico 27 – Distribuição do maior volume de custos com MCDT por médico.



No Gráfico 28 podemos observar que existe, de uma forma geral, para cada médico, um maior volume de utentes de nível 1, seguidos os de nível 2, nível 3, nível 4 e nível 5.

Relativamente aos utentes de nível 1, que representam a concentração mais baixa de custos com MCDT (0-20%), não existem diferenças muito significativas no seu volume, em cada médico. No entanto, destaca-se o médico F por ter o menor volume de utentes (64,09% – 864 utentes) e o médico B por ter o maior volume de utentes deste nível (77,40% – 952 utentes).

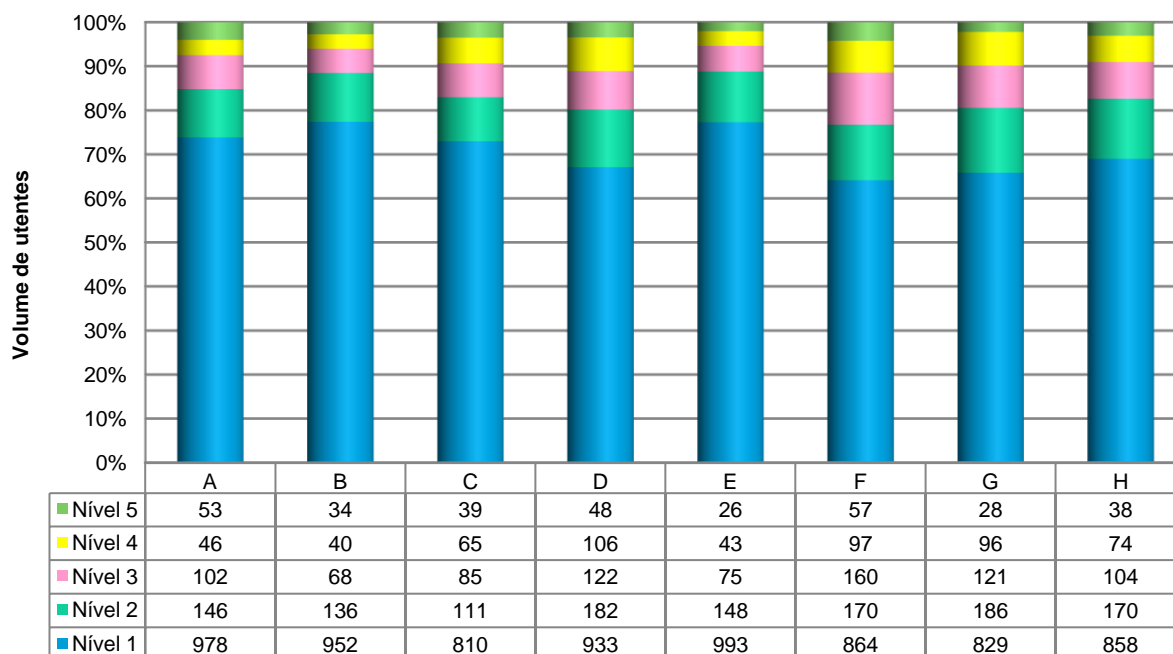
No nível 2, também não existem diferenças muito significativas, porém, destaca-se o médico G por terem o maior volume de utentes (14,76% – 186 utentes), e o médico C por ter o menor volume de utentes deste nível (10,00% – 111 utentes).

No nível 3, destaca-se o médico F por ter o maior volume de utentes (11,87% – 160 utentes), e o médico B por ter o menor volume de utentes deste nível (5,53% – 68 utentes), representando estes utentes uma concentração de custos com MCDT entre os 40 e os 60%.

No que concerne ao nível 4, destacam-se os médicos D e G por terem o maior volume de utentes (7,62%), e o médico B por ter o menor volume de utentes deste nível (3,25% – 40 utentes).

Em relação ao nível 5, destaca-se o médico F por ter o maior volume de utentes (4,23% – 57 utentes), o médico E por ter o menor volume de utentes deste nível (2,02% – 26 utentes), e o médico A por ter um volume superior neste nível em relação ao nível anterior (4,00% no nível 5 e 3,47% no nível 4).

Gráfico 28 – Concentração de custos com MCDT por médico.



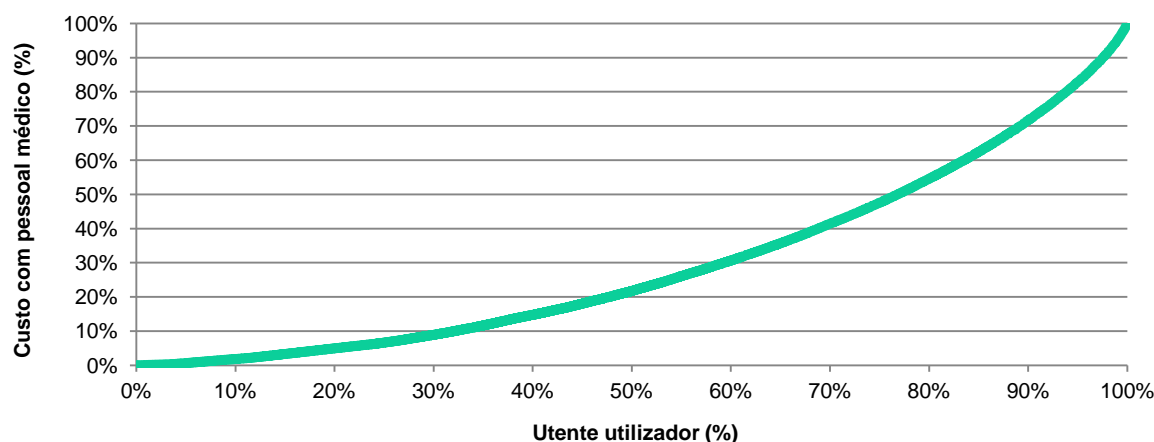
5.4.3. Análise de custos com o pessoal médico

No Gráfico 29 podemos observar que 59,31% dos utentes utilizadores (6.045) tem associados 30% dos custos com o pessoal médico, sendo que, maioria dos custos com o pessoal médico (70%) está concentrada em menos de metade da população utilizadora (40,69%, o que corresponde a 4.148 utentes).

Note-se que, na imputação de custos com o pessoal médico aos utentes, tem-se em conta a quantidade de consultas que cada utente teve, o que significa que apesar de haver menos

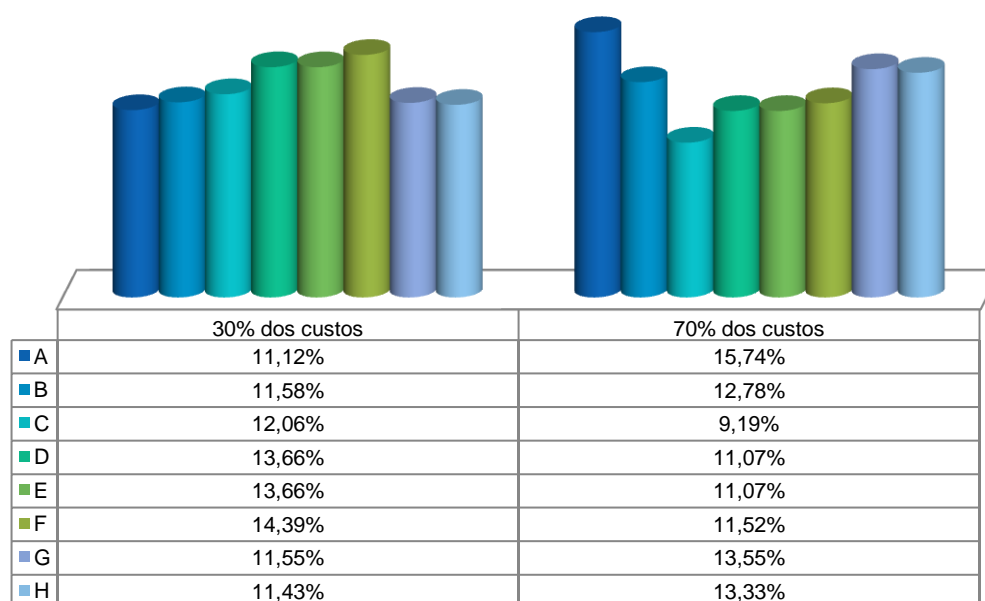
utentes associados a 70% dos custos com o pessoal médico, estes utentes utilizaram mais a USF.

Gráfico 29 – Distribuição dos custos com pessoal médico por utente utilizador.



Analisando a distribuição dos custos com o pessoal médico por utente e associando o seu médico de família (Gráfico 30), existe uma ligeira uniformização da distribuição dos utentes pelos oito médicos. No entanto, para os primeiros 30% dos custos com o pessoal médico destaca-se o médico F por ter o maior número de utentes utilizadores (14,39%), e para os restantes 70%, destaca-se o médico C por ter menos utentes utilizadores associados (9,19%).

Gráfico 30 – Volume de utentes por médico.



No Gráfico 31 podemos observar que existe, de uma forma geral, para cada médico, um maior volume de utentes de nível 1, seguidos os de nível 2, nível 3, nível 4 e nível 5.

Relativamente aos utentes de nível 1, que representam a concentração mais baixa de custos com o pessoal médico (0-20%), não existem diferenças muito significativas no seu volume, em cada médico. No entanto, destaca-se o médico C por ter o maior volume de utentes deste nível (54,32% – 603 utentes).

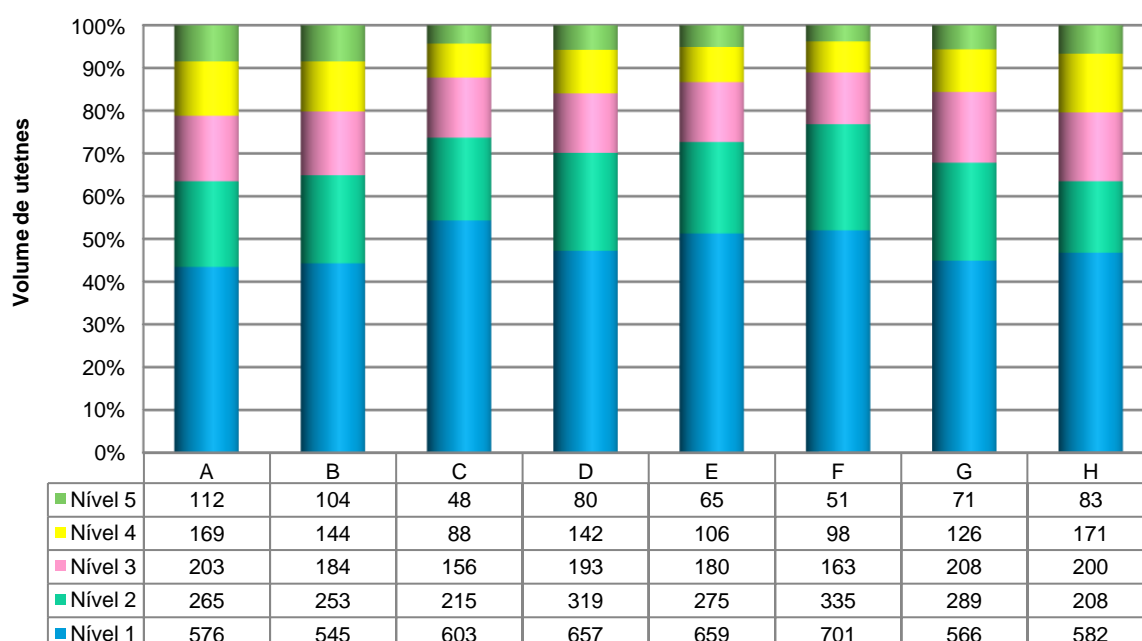
No nível 2, também não existem diferenças muito significativas, contudo, destaca-se o médico H por terem o menor volume de utentes deste nível (16,72% – 208 utentes).

No nível 3, destaca-se o médico G por ter o maior volume de utentes (16,51% – 208 utentes), e o médico F por ter o menor volume de utentes deste nível (12,09% – 163 utentes).

No que concerne ao nível 4, destaca-se o médico H por ter o maior volume de utentes (13,75% – 171 utentes), e o médico F por ter o menor volume de utentes deste nível (7,27% – 98 utentes).

Em relação ao nível 5, destaca-se o médico A por ter o maior volume de utentes (8,45% – 112 utentes), e o médico F por ter o menor volume de utentes deste nível (3,78% – 51 utentes).

Gráfico 31 – Concentração de custos com pessoal médico.

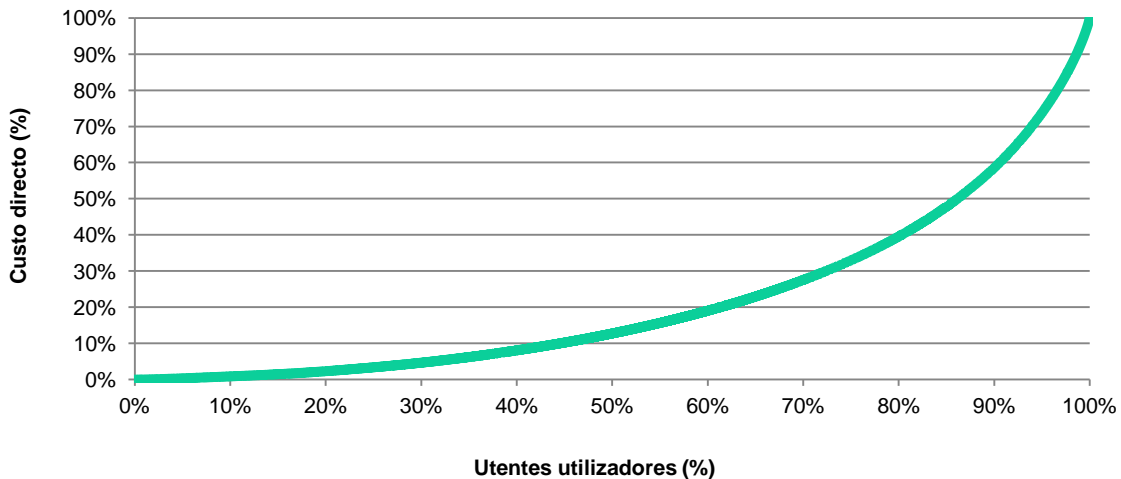


5.4.4. Análise de custos directos totais

No Gráfico 32 podemos observar que 61,31% dos utentes utilizadores (6.249) tem associados 20% dos custos directos totais, sendo que, a maioria destes custos (80%) está

concentrada numa pequena parte da população utilizadora (38,69%, o que corresponde a 3.944 utentes).

Gráfico 32 – Distribuição do custo directo total por utente utilizador.



Analisando a distribuição do custo directo total por utente e associando o seu médico de família, nos primeiros 20% dos custos directos (Gráfico 33), existe uma uniformização da distribuição dos utentes pelos oito médicos. Contudo, nos restantes 80% dos custos directos (Gráfico 34), existem pequenas variações, salientando-se o médico G por ter mais utentes (15,19%) associados à maior parte dos custos directos, e o médico C por ter menos utentes (8,62%) associados aos custos directos.

Relativamente aos custos directos por médico, existe uma uniformização da sua distribuição pelos oito médicos nos primeiros 20% dos custos directos. No entanto, os restantes 80% dos custos directos, não seguem o mesmo padrão, realçando a sua distribuição no médico C, estando apenas associado 7,24% de custos directos, e a distribuição no médico G, a que estão associados 16,48% dos custos directos.

Gráfico 33 – Distribuição do menor volume de custos directos por médico.

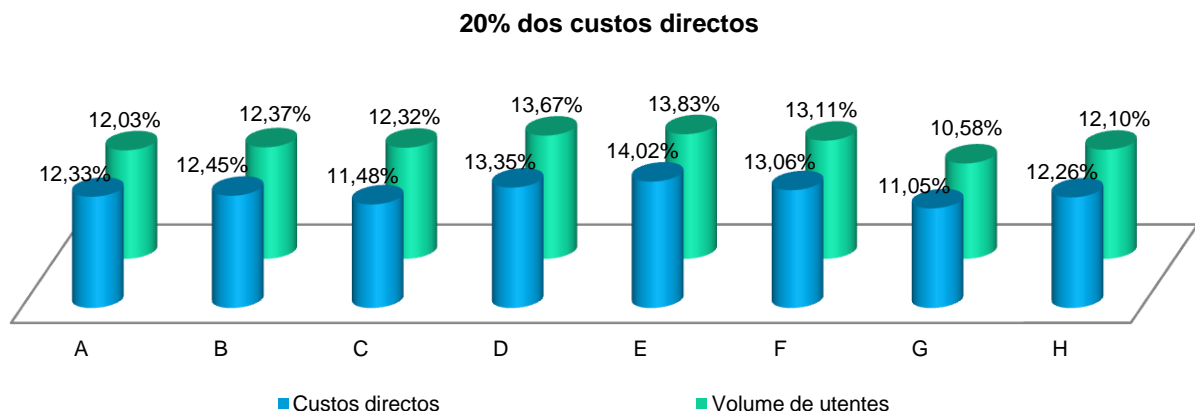
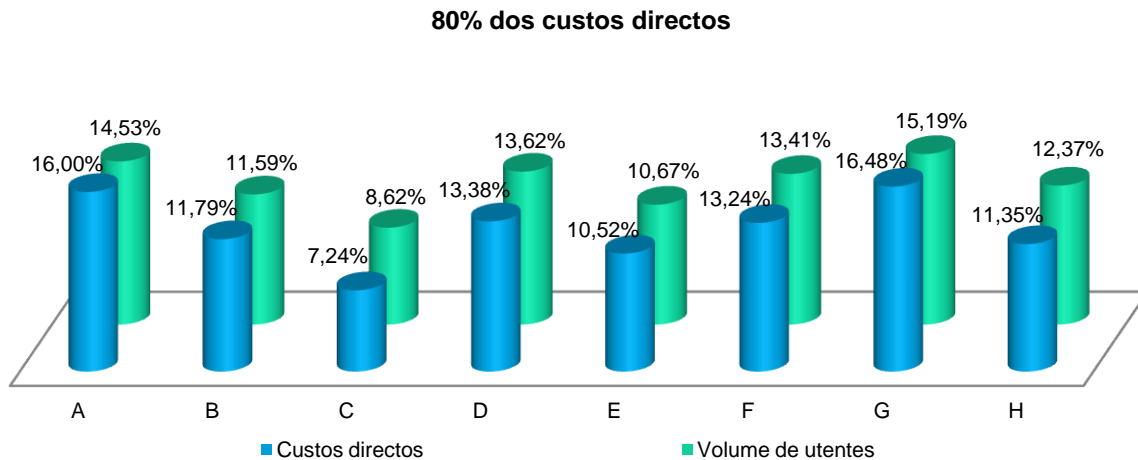


Gráfico 34 – Distribuição do maior volume de custos directos por médico.



No Gráfico 35 podemos observar que existe, de uma forma geral, para cada médico, um maior volume de utentes de nível 1, seguidos os de nível 2, nível 3, nível 4 e nível 5.

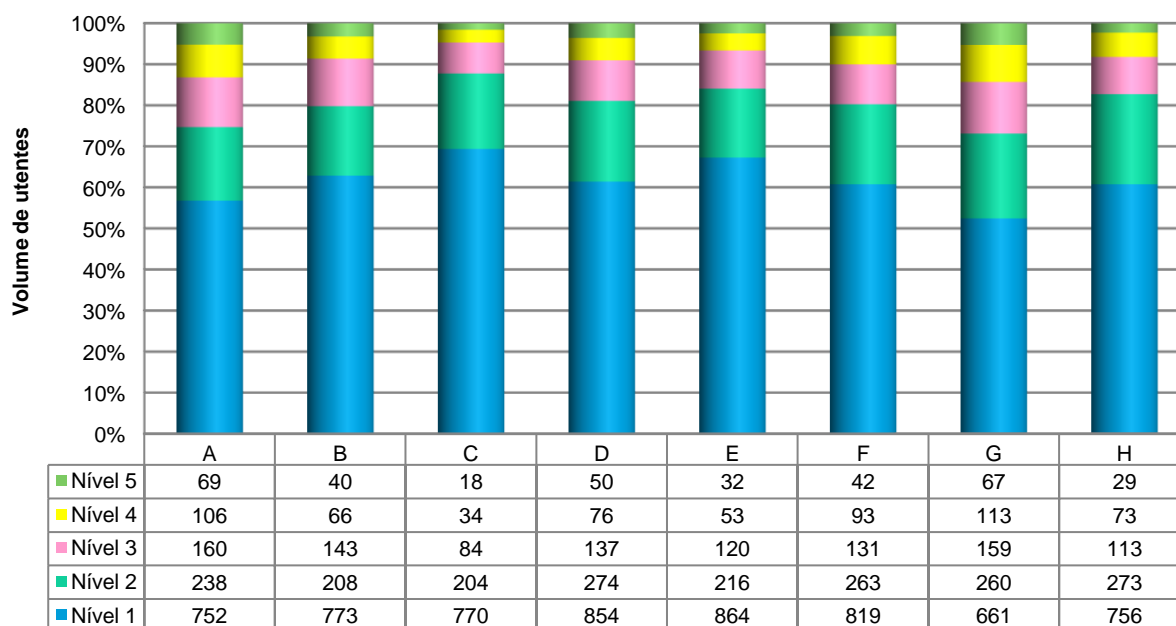
Relativamente aos utentes de nível 1, que representam a concentração mais baixa de custos directos (0-20%), não existem diferenças muito significativas no seu volume, em cada médico. No entanto, destaca-se o médico G por ter o menor volume de utentes (52,46% – 661 utentes) e o médico C por ter o maior volume de utentes neste nível (69,37% – 770 utentes).

Nos utentes de nível 2, destaca-se o médico H por ter o maior volume de utentes (21,95% – 273 utentes), e o médico B por ter o menor volume de utentes deste nível (16,91% – 208 utentes).

Nos utentes de nível 3, destaca-se o médico G por ter o maior volume de utentes (6,35% – 80 utentes), e o médico C por ter o menor volume de utentes deste nível (2,07% – 23 utentes), representando estes utentes uma concentração de custos directos entre os 40 e os 60%.

No que concerne aos níveis 3, 4 e 5, estes são os que têm o menor volume de utentes associados. Contudo, destaca-se o médico G por ter o maior volume de utentes em ambos os níveis (12,62% – 159 utentes no nível 3; 8,97% – 113 utentes no nível 4; 5,32% – 67 utentes no nível 5), e o médico C por ter o menor volume de utentes em ambos os níveis (7,57% – 84 utentes no nível 3; 3,06% – 34 utentes no nível 4; 1,62% – 18 utentes no nível 5).

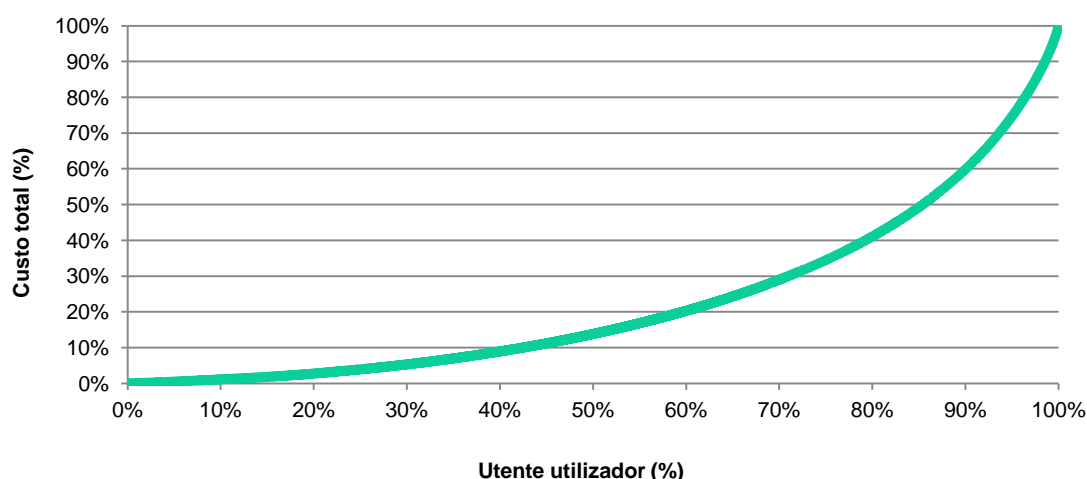
Gráfico 35 – Concentração de custos directos por médico.



5.4.5. Análise de custos totais

No Gráfico 36 podemos observar que 59,63% dos utentes utilizadores (6.078) tem associados 20% dos custos totais, sendo que, a maioria destes custos (80%) está concentrada em menos de metade da população utilizadora (40,37%, o que corresponde a 4.115 utentes).

Gráfico 36 – Distribuição do custo total por utente utilizador.



Analisando a distribuição do custo total por utente e associando o seu médico de família, nos primeiros 20% dos custos totais (Gráfico 37), existe uma uniformização da distribuição dos utentes pelos oito médicos. Contudo, nos restantes 80% dos custos totais (Gráfico 38), existem pequenas variações, salientando-se o médico G por ter mais utentes (14,87%)

associados à maior parte dos custos totais, e o médico C por ter menos utentes (8,51%) associados aos custos totais.

Relativamente aos custos totais por médico, existe uma uniformização da sua distribuição pelos oito médicos nos primeiros 20% dos custos totais (Gráfico 37). No entanto, os restantes 80% dos custos totais (Gráfico 38), não seguem o mesmo padrão, realçando a sua distribuição no médico C, estando apenas associado 7,27% de custos totais, e a distribuição no médico G, a que estão associados 16,24% dos custos totais.

Gráfico 37 – Distribuição do menor volume do custo total por médico.

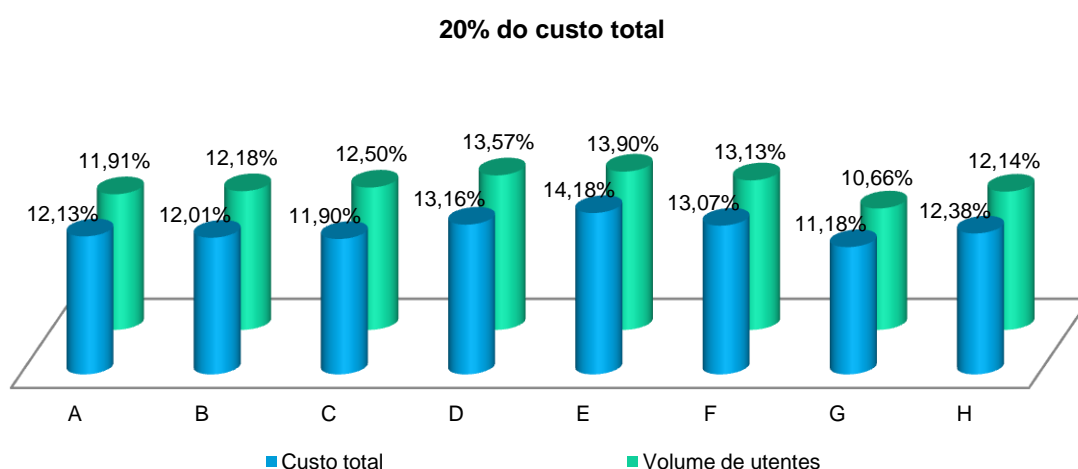
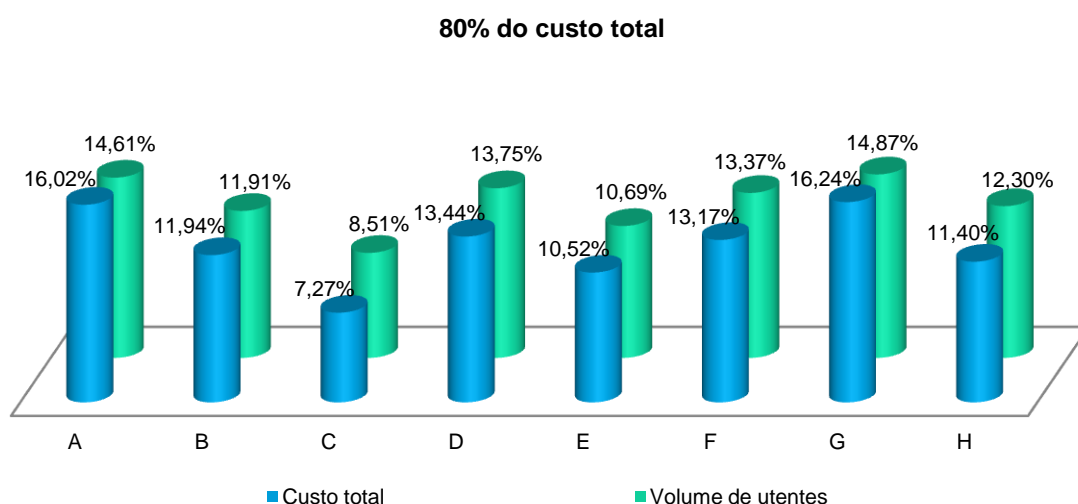
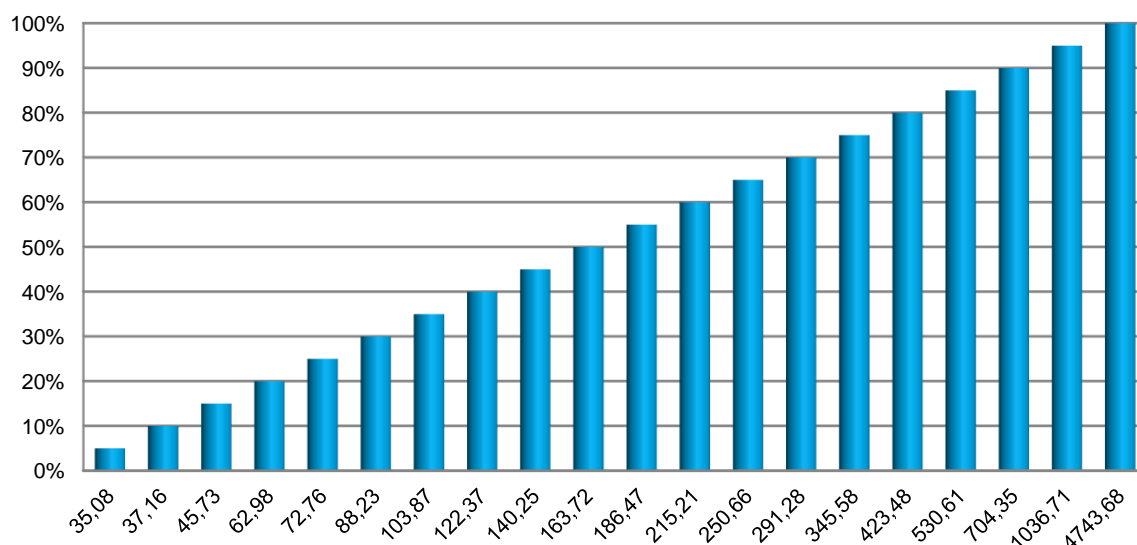


Gráfico 38 – Distribuição do maior volume do custo total por médico.



No Gráfico 39 pode-se observar que 5% dos utentes (510) tem um custo por utente inferior a 35,08€, 25% dos utentes (2548) tem um custo por utente inferior a 72,76€, 50% dos utentes (5097) tem um custo por utente inferior a 163,72€, 75% dos utentes (7645) tem um custo por utente inferior a 345,58€.

Gráfico 39 – Percentil do custo por utente.



Em relação ao custo de um utente por médico, de uma forma geral o médico C tem um custo médio por utente mais baixo e o médico G tem um custo médio por utente mais elevado (Quadro 26).

Quadro 26 – Custo médio de um utente para cada percentil por médico.

Percentil	A	B	C	D	E	F	G	H
10	32,78	31,13	32,12	29,74	33,06	30,82	33,50	31,42
20	39,90	40,11	38,13	38,44	40,42	39,86	38,92	39,80
30	51,04	51,21	50,23	49,76	52,35	51,18	51,44	51,13
40	64,00	66,18	63,54	63,55	66,25	64,17	64,92	63,17
50	81,51	79,14	77,55	79,07	81,24	79,34	81,26	80,08
60	99,61	97,15	93,00	94,80	99,80	97,07	102,17	99,63
70	123,64	119,28	112,63	118,10	117,62	119,59	126,08	122,00
80	152,21	143,20	135,75	147,46	142,48	150,12	161,41	155,98
90	206,81	191,79	169,15	190,80	180,43	189,54	218,17	193,01
100	339,42	286,70	217,84	283,94	258,42	287,77	356,53	275,06

No Gráfico 40 podemos observar que existe, de uma forma geral, para cada médico, um maior volume de utentes de nível 1, seguidos os de nível 2, nível 3, nível 4 e nível 5.

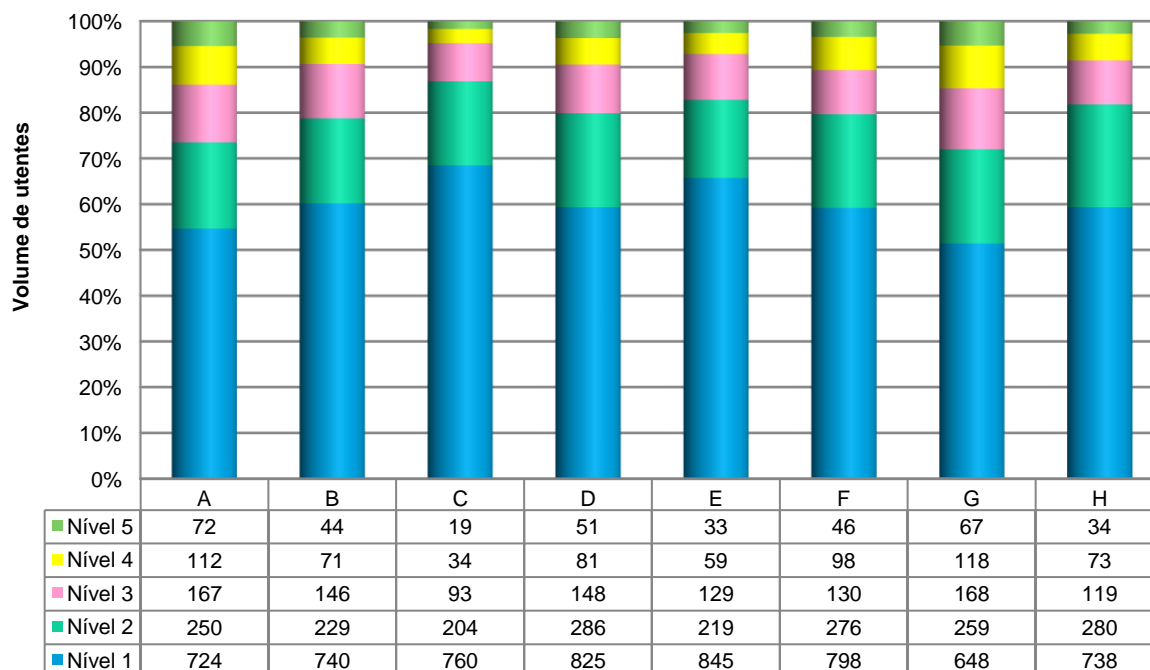
Relativamente aos utentes de nível 1, que representam a concentração mais baixa de custos totais (0-20%), não existe diferenças muito significativas no seu volume, em cada médico. No entanto, destaca-se o médico G por ter o menor volume de utentes (51,43% – 648 utentes) e o médico C por ter o maior volume de utentes deste nível (68,47% – 768 utentes).

No nível 2, não existem diferenças muito significativas no volume de cada um dos médicos, mas destaca-se o médico H por ter o maior volume de utentes (22,51% – 280 utentes).

No que concerne aos níveis 3 e 4, destaca-se o médico G por ter o maior volume de utentes em ambos os níveis (13,33% – 168 utentes no nível 3 e 9,37% – 118 utentes no nível 4), e o médico C por ter o menor volume de utentes em ambos os níveis (8,38% – 93 utentes no nível 3 e 3,06% – 34 utentes no nível 4).

Em relação ao nível 5, que apresenta uma concentração de custos totais entre os 80 e os 100%, verifica-se que este tem um menor volume de utentes associados, em relação aos outros níveis. Destaca-se o médico A por ter o maior volume de utentes (5,43% – 72 utentes), e o médico C por ter o menor volume de utentes deste nível (1,71% – 19 utentes).

Gráfico 40 – Concentração do custo total por médico.



CAPÍTULO VI. DISCUSSÃO

6.1. Metodológica

6.2. Resultados

O presente trabalho tem como principal objectivo apurar o custo por utente nos CSP, para tal, foi desenvolvida uma metodologia a ser aplicada numa USF do Alentejo Central.

Neste capítulo pretende-se efectuar a discussão metodológica e a discussão de resultados face aos objectivos apontados para a realização deste trabalho. A discussão metodológica será realizada em primeiro lugar e ter-se-á em conta alguns aspectos da informação utilizada, as variáveis utilizadas e o tratamento destas. Na discussão de resultados serão considerados os custos obtidos e o seu comportamento por género e grupo etário.

6.1. Metodológica

O objectivo primordial deste trabalho é o apuramento de custos por utente nos CSP. Para tal, foi necessário rever e construir uma metodologia que permitisse a imputação dos custos por utente.

Relativamente às metodologias de custos pesquisadas e abordadas no enquadramento teórico, o *Time-driven activity-based costing* é a que mais se adequa para a obtenção do objectivo principal, tendo sido este método a base da construção do protocolo aplicado. Este método não foi aplicado na totalidade da sua teoria, visto que seria necessário criar equações de tempo e não utilizar tempos de duração de consulta estimados, existindo assim alguns aspectos que são importantes discutir na aplicabilidade da metodologia adoptada.

A condução da discussão metodológica assenta na linha de exposição das etapas do capítulo 4.3. Protocolo aplicado.

No que diz respeito à forma de imputação dos custos directos, mais concretamente aos custos com o pessoal, esta não pôde ser, à partida, de uma forma directa, ou seja, não foi possível imputar directamente os custos com o pessoal ao utente. Foi assim necessário utilizar dois *costs drivers*, o tempo de consulta para os custos com o pessoal médico, e a produção realizada, para os custos com o pessoal médico em formação pré-carreira, enfermagem e assistentes técnicos. Contudo, é o primeiro *cost driver* que requer que sejam feitas algumas observações.

A primeira observação feita está relacionada com o tempo utilizado para a imputação, ou seja, foi utilizado o tempo de marcação praticado pela USF, podendo este não correspondência com a duração real da consulta (Wilson, 1991). Este aspecto pode constituir uma limitação para a obtenção de um resultado final.

Por conseguinte, é importante salientar que, para a determinação do tempo da consulta podem ser utilizados outros métodos, como por exemplo, obter o tempo total das consultas

e dividir pelo número de pacientes vistos, ou medir o tempo de cada consulta directamente. Este último método pode ser feito através de gravações, ou através da utilização de um cronómetro, pelo próprio médico ou por um segundo observador (p. ex. estudante, perito, etc.) (Wilson, 1991).

Contudo, apesar do terceiro método permitir ter tempos mais exactos, trata-se de um método oneroso em termos de tempo, ou seja, será necessário despende de muito tempo para obter uma amostra significativa de tempos de consultas que permitam ter resultados próximos da realidade.

Posto isto, e tendo em conta que na literatura os estudos encontrados sobre a duração das consultas dos CSP portugueses não fazem a distinção entre o tipo de programa, optou-se por utilizar o método do tempo de marcação das consultas. No entanto, a medição cronometrada dos tempos de consulta é aconselhada para refinar os resultados obtidos. É também um método importante atendendo a que os recursos médicos são caros, e que com o conhecimento do tempo da duração das consultas, pode-se melhorar a eficiência e a produtividade da prática clínica, bem como controlar melhor os respectivos custos (Blumenthal *et al.*, 1999; Dugdale, Epstein e Pantilat, 1999).

Um outro motivo para aplicar este método é o facto de haver evidência científica de que existem vários factores que influenciam a duração da consulta. Apesar de haver algumas correlações que possam ser mais fracas de país para país, de uma forma geral verificam-se as seguintes características:

- Características relacionadas com o médico: género – médicos do sexo feminino dão consultas mais longas (Wilson, 1991; Bensing *et al.*, 2002); comprimento da lista dos médicos – quanto maior a lista, menor o tempo da consulta (Knight, 1987; Bensing *et al.*, 2002).
- Características do utente: idade – a duração da consulta aumenta com a idade dos utentes (Westcott, 1977; Blumenthal *et al.*, 1999; Bensing *et al.*, 2002; Brink-Muinen *et al.*, 2003; Bavalía *et al.*, 2004); classe social – a duração da consulta é menor nas classes sociais mais baixas (Westcott, 1977); consultas prestadas a utentes do meio rural – duram menos do que as consultas prestadas nas cidades (Bensing *et al.*, 2002).
- Conteúdo da consulta: consultas cujos utentes apresentam novos problemas (Wilson, 1991), ou consultas cujos utentes têm problemas psicossomáticos e comportamentais – são mais longas (Wilson, 1991; Blumenthal *et al.*, 1999; Bensing *et al.*, 2002; Brink-Muinen *et al.*, 2003; Bavalía *et al.*, 2004); taxa de prescrição mais

baixa está associada a consultas mais longas (Wilson, 1991; Dugdale, Epstein e Pantilat, 1999).

Encontra-se também, na literatura, características relacionadas com os utentes que não influenciam a duração da consulta, como por exemplo, o género (Westcott, 1977; Bensing *et al.*, 2002; Bavalia *et al.*, 2004).

Em relação à cronometração da duração da consulta, seria interessante construir/ajustar os sistemas de informação para que estes pudessem obter a duração da consulta, ou seja, o sistema de informação possibilitaria assinalar o momento em que o utente entra para o consultório médico e o momento em que este sai do consultório.

A segunda observação diz respeito ao facto de existirem consultas que não foram prestadas pelo médico de família do utente (19,44% das consultas), uma vez que não havia informação sobre qual o médico que prestou essas consultas, e que por serem um volume significativo não podiam ser excluídas. Como se pretendia primeiro apurar o tempo total que cada médico trabalhou, foi necessário criar uma fórmula para distribuir estas consultas pelos restantes médicos.

A fórmula aplicada considera o total de consultas que o médico devia ter prestado aos utentes inscritos na sua lista, e o tempo de cada consulta, distribuindo o tempo total resultante deste cálculo, em igual proporção, pelos restantes sete médicos. No entanto, esta suposição pode não coincidir com o que foi praticado realmente na USF, podendo ter levado a alguns desvios no apuramento do tempo de trabalho de cada médico, e por conseguinte, afectado o custo unitário por consulta de cada médico. Esta lacuna de informação pode ser facilmente corrigida se constar nos registos, a informação do médico que atendeu o utente quando o seu médico de família não estava disponível.

A terceira observação está ainda relacionada com o apuramento do tempo total de trabalho de cada médico, visto que na informação encontrada no registo de alguns utentes, no campo do médico de família constava “OUTRO” e verificava-se que este não constava na lista de custos com o pessoal e ainda, que todas as consultas prestadas a utentes deste médico, não tinham sido realizadas pelo médico de família. Desenvolveu-se uma fórmula para distribuir o tempo destas consultas em iguais proporções pelos restantes oito médicos. A determinação desta fórmula pode mais uma vez não coincidir com o que foi praticado na USF.

A quarta observação diz respeito ao custo por consulta, das consultas que não foram atendidas pelo respectivo médico de família, tendo sido aplicada uma fórmula que considera

o tempo da consulta e a média do custo, por minuto, dos outros sete médicos. E para o caso do custo por consulta, das consultas que o médico “OUTRO” não atendeu, considerou-se o tempo da consulta e a média do custo por minuto dos oito médicos. O facto de se estarem a utilizar valores médios, pode provocar um desvio de custo nos resultados obtidos face à realidade.

Relativamente à imputação dos custos indirectos, foram utilizados dois *costs drivers*, a produção realizada para alocação dos custos indirectos variáveis e o número total de inscritos para os custos indirectos fixos. Neste aspecto, o único apontamento a fazer diz respeito a alguns custos variáveis, que poderiam ser facilmente alocados ao utente que os consumiu, se houvesse um registo mais rigoroso, como por exemplo, o custo com transporte de ambulâncias, através do registo da informação da guia de transporte, o consumo de medicamentos dentro da USF, etc.

Convém ainda destacar que o espaço temporal a que a metodologia foi aplicada constitui uma limitação para o aprofundamento e desenvolvimento do estudo, visto que, esta foi apenas aplicada a um ano de actividade, não podendo ser estudada a evolução e a dinâmica dos custos por utente.

No que concerne à análise de custos pode-se adoptar duas perspectivas: a de oferta ou a de procura, ou seja, um sistema de contabilidade analítica centrado nos custos ou no utente. Um sistema de contabilidade analítica centrado nos custos é importante para as instituições de saúde na medida em que permite que estas conheçam a realidade dos custos que estão a ser produzidos. Contudo, é importante que exista um sistema de contabilidade analítica centrado no utente, sendo este considerado o centro de resultado, podendo assim serem identificados os custos e os proveitos, e reconhecido o valor trazido para o utente.

Em suma, as adaptações metodológicas feitas devem-se à informação disponível, sendo este aspecto referido como o grande obstáculo que as instituições de saúde têm de superar, devendo ser construído um sistema de informação com capacidade de obter os custos de forma actualizada para contribuir para a capacidade de monitorizar e controlar, de modo efectivo os custos reais da actividade das organizações de saúde (Young, 2003). Contudo, há que salientar as potencialidades actuais dos sistemas de informação, visto que, permitem obter informações mais rigorosas e exaustivas, possibilitando por exemplo, identificar e associar os custos aos utentes, e por conseguinte melhorar a informação para decisão.

6.2. Resultados

Pela primeira vez, em Portugal, foi proposto uma metodologia para apurar o custo por utente nos CSP. Os resultados reflectem apenas a realidade de uma USF e de um ano de actividade, não podendo ser extrapolados para outras USF portuguesas nem assumir-se que os resultados reflectem os custos por utente de anteriores períodos de actividade da USF estudada.

A existência de uma base de dados com a informação dos utentes inscritos e dos seus custos com medicamentos e MCDT, permite fazer uma imputação rigorosa destes custos directos aos utentes que os consumiram.

Em 2010, a USF em estudo tinha 15.194 utentes inscritos, um valor abaixo da média nacional de 30.834 utentes inscritos por centro de saúde, segundo o relatório “Análise dos Custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental”, elaborado a solicitação da MCSP, por um grupo de trabalho da Associação Portuguesa de Economia da Saúde, coordenado pelo Prof. Miguel Gouveia.

O número total de utilizadores da USF foi de 10.331 utentes, dos quais 10.193 constavam na lista de inscritos da USF e 138 utentes não constavam nesta lista. Comparando proporcionalmente com os valores referido no relatório mencionado anteriormente, a utilização da USF por utentes inscritos encontra-se cerca de 3,80 pontos percentuais acima da média (os dados do relatório são de 19.792 utilizadores em 30.834 utentes, correspondendo a uma percentagem de 64,19).

Foram realizadas 48.387 consultas, sendo que segundo os dados do relatório ajustados proporcionalmente ao número de utentes inscritos, o valor médio de consultas realizadas seria de 47.953,69 consultas, ou seja, o número de consultas realizadas pela USF foi ligeiramente superior à média.

Relativamente à média de consultas por utente, verificou-se que esta era de 3,17 consultas por utente inscrito e de 4,72 consultas por utente utilizador. Sendo que, quando observando o número médio de consultas por utente inscrito e por utente utilizador, por género, este é superior para as mulheres (3,79 consultas por utente inscrito e 5,10 consultas por utente utilizador do género feminino; 2,48 consultas por utente inscrito e 4,20 consultas por utente utilizador na população masculina). O valor médio de consultas por utente foi superior, quando comparado com os dados do relatório que são de 3,2 consultas por utente e 4,9 consultas por utilizador, para um universo de 97.315 consultas.

Verificou-se que, o facto de o médico ter mais utentes utilizadores não significa que corresponda ao médico que tem mais consultas.

Em relação ao atendimento médico das consultas, verificou-se que apenas 48,25% das consultas foram programadas e que 19,44% das consultas não foram atendidas pelo médico de família atribuído ao utente. A maioria das consultas é de contacto directo e são realizadas no consultório.

No que diz respeito aos programas de saúde praticados na USF, a consulta de adultos é a mais praticada, sendo as consultas de saúde maternas as menos praticadas (excluindo as consultas de especialidade que são praticamente nulas). O facto de haver uma procura muito elevada em apenas um programa de saúde, pode ser um reflexo do desajustamento da oferta de programas de saúde, sendo assim necessário ajustar a oferta à actual realidade de procura.

O número de médicos e de enfermeiros que trabalhavam na USF (oito de cada grupo profissional) fica abaixo da média nacional aquando comparados com os valores médios de cada centro de saúde, ajustados proporcionalmente ao número de utentes inscritos, que seriam de 10,3 médicos e de 10,1 enfermeiros.

Os custos totais ascenderam os 2.980.745,10€, dos quais 2.974.386,79€ dizem respeito a custos com utentes inscritos, com um custo médio por utente de 195,76€, e 6.358,31€ correspondem a custos com utentes não inscritos, com um custo médio por utente de 46,07€. Comparando com os custos totais apurados pelo relatório, por centro de saúde, que são de 6.674.690€, e o custo por utente que é de 216,5€, o valor obtido ficou substancialmente abaixo. No entanto, o custo médio por utente apesar de ser inferior, não diminui proporcionalmente comparando com os dados do relatório, sendo assim superior.

Quando observamos o custo médio por utente por género, as mulheres têm um custo médio (232,41€) superior ao dos homens (154,80€).

O custo médio por utente do sexo feminino atinge o valor máximo no grupo etário dos 75-80 anos, sendo este de 607,93€ por utente, correspondendo este grupo etário ao valor máximo do custo total por utente do sexo feminino (223.718,56€). Para a população masculina, o valor máximo do custo médio por utente ocorre no grupo etário dos 80-85 anos, sendo este de 475,24€ por utente. No entanto, verifica-se que é no grupo etário dos 65-70 anos que se atinge o valor máximo do custo total por utente do sexo masculino (109.558,23€).

Verificou-se que 93,32% dos custos são custos directos e o remanescente (6,68% dos custos) são custos indirectos. Nos custos directos foram considerados os custos com medicamentos, custos com MCDT e custos com o pessoal (médicos, médicos em formação pré-carreira, enfermeiros e assistentes técnicos). Os custos indirectos foram divididos entre custos indirectos variáveis e custos indirectos fixos.

Pode-se então dizer que o custo médio por utente resulta de: 182,70€ de custos directos – 79,10€ relativos a custos com medicamentos, 33,70€ relativos a custos com MCDT e 69,90€ relativos a vencimentos dos vários grupos profissionais (44,61€ relativos a vencimentos dos médicos, 6,39€ relativos a vencimentos dos médicos em formação pré-carreira, 12,86€ relativos a vencimentos dos enfermeiros e 6,05€ relativos a vencimento dos assistentes técnicos); e de 13,06€ de custos indirectos – 4,60€ relativos a custos indirecto fixos e 8,46€ relativos a custos indirectos variáveis.

De uma forma generalizada, os custos com medicamentos (40,32%) são a maior parcela dos custos totais, seguidos dos custos com o pessoal médico (22,87%).

Os custos directos totalizaram 2.775.921,06€, sendo superiores os custos associados à população feminina. No que diz respeito ao peso das categorias de custos directos, importa salientar que o custo com medicamentos de uma forma geral são os que têm mais peso, principalmente na população idosa, e os custos com o pessoal tem mais peso nos níveis etários mais jovens. O custo directo médio das mulheres é de 217,70€ e o custo directo médio dos homens é de 143,58€.

O custo directo médio da população feminina desdobra-se em 92,18€ relativos a custos com medicamentos, 41,35€ relativos a custos com MCDT e 84,17€ relativos aos vencimentos dos vários grupos profissionais (53,95€ relativos a vencimentos dos médicos, 7,23€ relativos a vencimentos dos médicos em formação pré-carreira, 15,37€ relativos a vencimentos dos enfermeiros e 7,63€ relativos a vencimentos dos assistentes técnicos).

O custo directo médio dos homens desdobra-se em 64,48€ relativos a custos com medicamentos, 25,15€ relativos a custos com MCDT e 53,96€ relativos a vencimentos dos vários grupos profissionais (34,17€ relativos a vencimentos dos médicos, 4,73€ relativos a vencimentos dos médicos em formação pré-carreira, 10,06€ relativos a vencimentos dos enfermeiros e 4,99€ relativos a vencimentos dos assistentes técnicos).

Os custos com medicamentos totalizaram um valor de 1.201.815,32€, sendo os custos na população feminina superiores ao da população masculina, no entanto, apesar de haver poucas excepções, é importante salientar a que ocorre no grupo etário dos 50-55 anos, visto

que, a inversão do padrão representa um volume de custos com medicamentos na população masculina de 60%. No grupo etário dos 75-80 anos encontramos o valor total máximo por grupo etário de 194.150,50€.

O facto de o custo com medicamentos aumentar à medida que a idade aumenta, deve-se a haver um aumento do consumo de medicamentos por parte da população mais idosa ou consumo de medicamentos mais caros, podendo tal ocorrer devido aos seguintes aspectos: à medida que a população vai envelhecendo vão surgindo mais problemas de saúde; estando a população idosa exposta mais facilmente a determinados riscos, podem adoecer mais facilmente.

Os custos com MCDT totalizaram um valor de 511.986,42€, sendo a população feminina a que consome grande parte destes custos. Nos grupos etários dos 20 aos 50 anos o volume de custos com MCDT é extremamente superior na população feminina (75-80%). Sendo o grupo etário dos 30-35 anos que a população feminina atinge o valor máximo de custos com MCDT (31.109,52€). No entanto, na população masculina, o valor máximo é atingido no grupo etário dos 55-60 anos (21.092,75€).

Os custos com o pessoal totalizaram um valor de 1.062.119,32€, resultando de 677.819,21€ relativos a vencimentos dos médicos, 91.894,93€ relativos a vencimentos dos médicos em formação pré-carreira, 195.386,38€ relativos a vencimentos dos enfermeiros e 97.018,80€ relativos a vencimentos dos assistentes técnicos.

Os custos indirectos totalizaram um valor de 198.465,73€, resultando de 69.861,78€ relativos a custos indirectos fixos e 128.603,95€ relativos a custos indirectos variáveis.

O custo médio indirecto por utente na população feminina é de 14,71€, resultante de 4,60€ relativos a custos indirectos fixos e 10,11€ relativos a custos indirectos variáveis. O custo médio indirecto por utente na população masculina é de 11,22€, resultando de 4,60€ relativos a custos indirectos fixos e 6,62€ relativos a custos indirectos variáveis.

O volume que os custos indirectos variáveis tem no total dos custos indirectos, vai aumentando à medida que a população vai ficando mais idosa, isto deve-se ao facto de estes estarem imputados pela produção (número de consultas), e à medida que a população vai envelhecendo, o consumo de consultas vai aumentando.

Com a análise de custos, constatou-se que existe uma pequena parte da população utilizadora associada a um maior volume de custos.

Relativamente aos custos com medicamentos, os médicos cujos utentes utilizadores com mais custos associados nem sempre corresponde aos médicos que têm utentes a terem mais consultas. Verificou-se também que não há uma relação linear dos médicos cujos utentes têm um maior custo com medicamentos associado e a sua remuneração, ou seja, nem todos os médicos que tem utentes com custos com medicamentos elevados, são os que têm uma remuneração maior.

Em relação aos custos com MCDT, os médicos cujos utentes têm mais custos associados com MCDT correspondem aos médicos que têm utentes a terem mais consultas. Tal como nos custos com medicamentos, os médicos cujos utentes têm custos com MCDT mais elevados, não correspondem aos médicos cuja remuneração é superior.

Relativamente aos médicos cujos utentes têm menos consultas, verificou-se ao analisar o maior volume das categorias de custo com medicamentos e custos com MCDT, que os utentes de um destes médicos têm custos elevados.

No que diz respeito aos custos com o pessoal médico, este encontra-se distribuído pelos utentes utilizadores pela quantidade de consultas, por isso, ao verificar-se que a maior parte dos custos estão associados a uma menor parte da população, significa que essa população usufrui de mais consultas. Verificou-se também que os médicos cujos utentes têm mais consultas, não corresponde linearmente com a remuneração dos mesmos, ou seja, o facto de os médicos terem mais utentes a usufrui de consultas na USF não significa que sejam os médicos que têm uma remuneração superior.

No custo total verificou-se que de uma forma geral, os utentes que estão associados ao maior volume do custo total são os que tiveram mais consultas. Os médicos cujos utentes estão associados a este volume correspondem aos médicos cujos utentes tiveram um maior volume de custos com medicamentos associados. No entanto, esta relação não ocorre com o maior volume de custos com MCDT, ou seja, os médicos cujos utentes estão associados ao maior volume do custo total não correspondem aos médicos cujos utentes têm um maior volume de custos com MCDT associados.

Relativamente à relação entre os médicos que têm utentes associados ao maior volume do custo total e a sua remuneração, verificou-se que não há relação, ou seja, os médicos com uma remuneração mais elevada não correspondem padronizadamente aos médicos cujos utentes estão associados ao maior volume do custo total.

Verificou-se também que os utentes que têm o maior volume de custo total associado não correspondem aos médicos que de uma forma geral têm utentes a ter mais consultas.

Perante os resultados obtidos, tendo em conta que o facto de um médico ter muitos utentes utilizadores mas não necessariamente ter um maior volume de consultas, e ter custos associados aos seus utentes muito elevados, leva à questão se está a haver uma distribuição dos recursos de uma forma eficaz e consoante as necessidades dos utentes, ou se estão a alocar os recursos de uma forma ineficiente e consequentemente a serem produzidos custos desnecessários.

O estudo não permite tirar conclusões concretas se os custos produzidos foram em prol da distribuição eficaz e eficiente dos recursos e de acordo com as necessidades dos utentes. Seria necessário cruzar a informação recolhida com os diagnósticos dos utentes e outras variáveis. Utilizando-se, por exemplo, a ICPC (*International Classification of Primary Care*), que permite classificar os motivos de consulta, o diagnóstico ou problemas e os procedimentos que o utente teve (Comissão de Classificações da WONCA, 1999).

Considerando que a actual estrutura de prestação de cuidados de saúde possibilita ao utente existência de um processo *continuum* de cuidados, o apuramento de custos por utente não deve apenas resumir-se aos CSP, deve-se procurar articular o apuramento de custos com outras unidades, com o objectivo de se obter o custo por utente a todos os níveis de prestação de cuidados (CSP, Hospitalares, Continuados, outros). Desta forma será possível saber quais os recursos necessários para um utente ser tratado. No entanto, será necessário que os sistemas de informação dos vários níveis de prestação de cuidados possam interligar-se, de forma a obter a informação do processo clínico do utente e assim conhecer-se os custos associados e haver uma melhoria na gestão do utente.

O facto de se considerar o apuramento de custos segundo a integração vertical dos cuidados de saúde permite aos gestores tomarem decisões com um risco diminuto, visto que os resultados obtidos refletem um processo de acompanhamento dos consumos ao longo do processo de produção, reduzindo a incerteza presente na relação entre produtor e consumidor. Permite também uma melhor gestão financeira, mais específica e centrada no utente, canalizando os recursos (custos de oportunidade de recursos ineficientes) para outras finalidades como a formação ou a investigação (Costa e Santana, 2008).

Porém, o apuramento de custos segundo a integração horizontal de cuidados é igualmente importante para a gestão, com vantagens para o nível de prestação de cuidados em análise. Por exemplo, se atendermos aos custos por utente e à procura de cada um dos programas de saúde, conseguimos estruturar e definir perfis, o que do ponto de vista da gestão permite direccionar estratégias de actuação em função das necessidades diferenciadas dos utentes.

Esta informação promove a reflexão sobre a actual oferta de programas de saúde nos CSP, que pode estar desajustada à procura, em determinadas regiões.

No que concerne ao *benchmarking* entre as diferentes instituições, para se fazerem comparações dos custos por utentes com outras instituições (nacionais ou internacionais) é importante que se faça o ajustamento pelo risco, visto que as características dos utentes podem influenciar os resultados de saúde, sendo assim necessário eliminar esses factores para que se possa comparar resultados comparáveis.

O apuramento de custos com base no utente, é também uma mais-valia para a construção de cenários como ferramenta de gestão previsional, podendo antecipar e calcular o risco individual do utente, e fazer projecções dos recursos necessários para responder às necessidades da população com determinadas características e risco.

É importante salientar que a gestão não pode considerar o custo apenas como um valor monetário, deve também procurar perceber qual o valor criado para o utente na utilização da instituição. A análise do valor criado para o utente potencia uma melhor prestação (mais adequada), eficiência, melhor utilização dos recursos e melhoria contínua da qualidade.

CAPÍTULO VII. CONCLUSÃO

A aplicação de um sistema de custeio nos CSP torna-se fundamental para um maior controlo da despesa e para a afectação eficiente dos recursos financeiros, proporcionando à gestão informações concretas e precisas, minimizando o risco do processo de tomada de decisões operacionais e estratégicas, bem como, decisões relacionadas com o planeamento, controlo, avaliação da performance e gestão de sistemas de incentivos.

A informação criada através da contabilidade analítica demonstra-se útil também para processos de contratualização interna e de contratualização externa, demonstrando informações sobre as actividades realizadas e sobre os serviços prestados e os custos associados, conseguindo assim ter um processo mais informado de tomada de decisão, sobre os valores contratualizados, ajustados à realidade existente.

Dado que já existe um plano de contabilidade analítica para os hospitais, o desenvolvimento de um processo de apuramento de custos nos CSP é fundamental, visto que a actual estrutura de prestação de cuidados de saúde possibilita a existência de um processo de produção que proporciona um *continuum* de cuidados.

No que concerne aos objectivos propostos para o presente trabalho de investigação, considera-se que estes foram atingidos, uma vez que foi possível aplicar uma metodologia que proporciona obter o custo por utente, bem como, custos unitários de cada uma das categorias de custos, ou seja, custos directos por utente, que engloba os custos com medicamentos, custos com MCDT e custos com o pessoal, e custos indirectos por utente, que abrange os custos indirectos variáveis e os custos indirectos fixos.

De uma forma geral, apesar dos resultados obtidos não poderem ser extrapolados para toda a população portuguesa, podemos concluir que são as utentes do sexo feminino e em faixas etárias mais velhas, que têm um maior custo associado, com a excepção para os custos com MCDT, que são mais elevados na população activa do sexo feminino.

Os resultados permitem também concluir, face à população em estudo, que a oferta de programas de saúde do modelo da USF não se adequa à procura, ou seja, verificou-se que existe um desajustamento entre a oferta e a procura.

O facto de não haver uma relação linear entre a remuneração dos médicos, os custos dos utentes e da quantidade de consultas usufruídas por estes, demonstra a necessidade de haver um sistema de controlo de custos para que se possa analisar a produção e os custos associados, de forma tomar decisões que promovam a produtividade e a alocação dos custos de forma eficiente.

Importa salientar que a qualidade dos resultados obtidos foi condicionada ao tempo existente para a execução do projecto de investigação e à informação disponível, daí resultando alguma distorção da realidade, prejudicando e enviesando a imputação dos custos, e consequentemente os resultados finais obtidos.

A melhoria dos sistemas de informação existentes torna-se imperativa para a aplicabilidade de sistemas de controlo de custos e de melhoria da eficiência e eficácia de qualquer organização. Neste sentido, a melhoria destes sistemas poderia passar pela possibilidade de registar mais informação em apenas um sistema de informação, ou a existência de sistemas que possibilitem realizar o cruzamento de dados.

No entanto, para a obtenção de informações precisas não basta existir sistemas de informação que o possibilitem, passa também pela excelência do seu registo. Sendo, assim necessário que seja transmitido de uma forma transversal por todos os colaboradores da instituição a importância e o rigor dos registos nos sistemas informáticos.

A nível da contabilidade analítica nos CSP em Portugal, existe um vasto campo de investigação a ser realizada.

Numa perspectiva de usabilidade da metodologia aplicada neste estudo, um sistema de informação que permitisse registar o momento que a consulta inicia e o momento em que termina, facilitando o apuramento do tempo real de consulta, e por conseguinte a implementação dos custos com o pessoal. A utilização de tempos reais, quando estes não possam ser directamente alocados e a utilização de informação sobre os custos associados a cada utente, para minimizar os desvios de custos obtidos.

Para futuras investigações seria interessante implementar metodologias de diferentes sistemas de custeio, e/ou fazer uma comparação entre os resultados obtidos por aplicação de diferentes metodologias de apuramento de custos, conjugando os resultados com o intuito de obter resultados cada vez mais rigorosos.

Sugere-se também que se tenha em conta a patologia dos utentes e/ou outras características, para que se possam tirar conclusões mais concretas sobre a distribuição dos recursos e se os custos que estão a ser produzidos resultam de processos dispensáveis ou não.

A realização do apuramento de custos no *continuum* de cuidados, ou seja, cruzar os custos de cada utente ao longo das várias instituições de saúde, possibilitando o conhecimento dos custos do percurso percorrido por cada utente em cada nível de prestação de cuidados, bem

como no seu todo, identificando como os recursos foram consumidos e os níveis de eficiência, possibilitando uma melhor gestão dos recursos e do utente.

Por fim, sugere-se ainda cruzamento dos resultados obtidos da aplicação de metodologias de custeio com o financiamento dos CSP.

BIBLIOGRAFIA

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – Relatório e Contas SNS 2010. [Em linha]. Lisboa: ACSS, 2010. [Consult. 16 Out 2011]. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20e%20Contas%20do%20SNS%202010.pdf>.

ANDERSON, S. [*et al.*] – Cost modeling in logistics using time-driven ABC. Experiences from a wholesaler. **International Journal of Physical Distribution & Logistics Management**. 38:3 (2008) 172–191.

ANDERSON, E. [*et al.*] – Comparing the cost of nurse practitioners and GPs in primary care: modelling economic data from randomised trials. **British Journal of General Practice**. 56:528 (Jul 2006) 530–535.

ANDERSON, S. R.; KAPLAN, R. S. – Time-Driven Activity-Based Costing: a simpler and more powerful path to higher profits. Boston, Massachusetts: Harvard Business Review Press, 2007.

ANDERSON, S. R.; KAPLAN, R. S. – Time-Driven Activity-Based Costing. **Harvard Business Review**. (November 2004).

ANTUNES, A. [*et al.*] – Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Reformar para novos sucessos. Almagem do Bispo: Padrões Culturais Editora, 2006.

ANTUNES, A. [*et al.*] – Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Reformar para novos sucessos. 2ª Ed. Lisboa: Padrões Culturais Editora, 2008.

APES – Análise dos Custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental. [Em linha]. Lisboa: Grupo de Trabalho da Associação Portuguesa de Saúde, 2006. [Consult. 29 de Jul 2012] Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4B0B71BD-1620-4168-BB98-60134AB16A49/0/Relat%C3%B3rioAPESRRE.pdf>.

BAJANCA, M. [*et al.*] – Implementação de um sistema de custeio por actividades nos hospitais do SNS. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Volume Temático 9 (2010) 141-160.

BAKER, J. J. – Activity-based costing and activity-based management for health care. New York, NY: Aspen Publishers, 1998.

BAKER, J. J.; FINKLER, S. A.; WARD, D. M. – Essentials of cost accounting for health care organizations. 3rd Ed. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers, 2007.

BAKER, J. J.; HANKINS, R. W. – Management accounting for health care organizations: tools and techniques for decision support. Sudbury: Bartlett Publishers, 2004.

BARNUM, H; KUTZIN, J. — Public hospitals in developing countries. Baltimore, MD: John Hopkins University Press, 1993.

BARROS, P. P. – Cuidados de Saúde Primários. In BARROS, P. P. – Economia da Saúde: Conceitos e comportamentos. 2ª Ed. Coimbra: Almedina, 2009. Pt. 15, p.311-325.

BAVALIA, K. [et al.] – “I want more time with my doctor”: a quantitative study of time and the consultation. **Family Practice**. 21:5 (May 2004) 479-483.

BEALE, N. [et al.] – The costs of care in general practice: patients compared by the council tax valuation band of their home address. **Family Practice**. 22: 3 (Jun 2005) 317-322.

BENSING, J. [et al.] – Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. **BJM**. 325:472 (Aug 2002).

BLUMENTHAL, D. [et al.] – The duration of ambulatory visits to physicians. **J Fam Pract**. 48:4 (Apr 1999) 264-271.

BORGES, A.; RODRIGUES, A.; RODRIGUES, R. – Introdução. A evolução e o papel da contabilidade como instrumento de gestão. In BORGES, A.; RODRIGUES, A.; RODRIGUES, R. – Elementos de contabilidade geral. 23ª Ed. Lisboa: Áreas Editora, 2006. Pt 1.2., p. 21-24.

BRANCO, A. G.; RAMOS, V. – Cuidados de saúde primários em Portugal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Volume temático 2 (2001) 5-12.

BRIN-MUINEN, A. VAN DEN [et al.] – Structure and duration of consultations in Estonian family practice. **Scand J Prim Health Care**. 21:3 (Sep 2003) 167-170.

CAMPOS, António Correia de – Justiça social, equidade e Serviço Nacional de Saúde. In CAMPOS, António Correia de – Reformas da Saúde: O Fio Condutor. Coimbra: Almedina, 2008. Pt. 2, p. 47-63.

CANOTILHO, J.; MOREIRA, V. – Constituição da República Portuguesa. Lei do Tribunal Constitucional. 8ª Ed. Coimbra: Coimbra Editora, 2005.

CARVALHO, J.; COSTA, T. C.; MACEDO, N. – A Contabilidade Analítica ou de Custos no sector público administrativo. **Revista TOC**. 96 (Março 2008) 30-41.

COMISSÃO DE CLASSIFICAÇÕES DA WONCA – Classificação Internacional de Cuidados Primários. 2ª Ed. Lisboa: Oxford University Press, 1999.

CONTEH, L.; WALKER, D. – Cost and unit cost calculations using step-down accounting. **Health Policy and Planning**. 19: 2 (Mar 2004) 127-135.

COOPER, R.; KAPLAN, R. S. – Measure Costs Right: Make the Right Decisions. **Harvard Business Review**. (September-October 1988) 96-103.

COOPER, R.; KAPLAN, R. S. – Cost & effect: using integrated cost systems to do drive profitability and performance. Boston, Massachusetts: Harvard Business Review Press, 1998.

COSTA, C.; SANTANA, R. – A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Volume Temático 7 (2008) 29-56.

COSTA, C. [*et al.*] – A importância do apuramento de custos por doente: metodologia de estimação aplicadas ao internamento hospitalar português. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Volume Temático 7 (2008) 131-146.

DATAR, S.; FOSTER, G.; HORNGREN, C. – Cost accounting. A Managerial Emphasis. 10th Ed. New Jersey: Prentice Hall International, 1999.

DECRETO-LEI N.º 35108/45, de 7 de Novembro de 1945. Diário da República n.º 247 – I Série. Reorganiza os serviços da assistência social.

DECRETO-LEI N.º 41825/58, de 13 de Agosto de 1958. Diário da República n.º 177 – I Série. Cria o Ministério da Saúde e Assistência e remodela a orgânica de vários Ministérios.

DECRETO-LEI N.º 413/71, de 27 de Setembro de 1971. Diário da República Série n.º 228 – I Série. Promulga a Organização do Ministério da Saúde e Assistência - Revoga determinadas disposições legislativas.

DECRETO-LEI N.º 414/71, de 27 de Setembro de 1971. Diário da República Série n.º 228 – I Série. Estabelece o regime legal que permitirá a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestem serviço no Ministério da Saúde e Assistência.

DECRETO-LEI N.º 310/82, de 3 de Agosto de 1982. Diário da República n.º 177 – I Série. Regula as carreiras médicas.

DECRETO-LEI N.º 11/93, de 15 de Janeiro de 1993. Diário da República n.º 12 – I Série A. Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

DECRETO-LEI N.º 117/98, de 5 de Maio de 1998. Diário da República n.º 103 – I Série A. Estabelece o regime remuneratório experimental dos médicos da carreira de clínica geral.

DECRETO-LEI N.º 156/99, de 10 de Maio de 1999. Diário da República n.º 108 – I Série A. Estabelece o regime dos Sistemas Locais de Saúde.

DECRETO-LEI N.º 157/99, de 10 de Maio de 1999. Diário da República n.º 108 – I Série A. Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, e o conceito de unidade de saúde familiar.

DECRETO-LEI N.º 60/2003, de 1 de Abril de 2003. Diário da República n.º 77 – I Série. Cria a rede de Cuidados de Saúde Primários.

DECRETO-LEI N.º 88/2005, de 3 de Junho de 2005. Diário da República n.º 107 – I Série A. Revoga o DL n.º 60/2003, de 1 de Abril, que cria a rede de CSP e repristina o DL n.º 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.

DECRETO-LEI N.º 298/2007, de 22 de Agosto de 2007. Diário da República n.º 161 – I Série. Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem (aplicável a todos os modelos de USF), bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de Modelo B.

DECRETO-LEI N.º 28/2008, de 22 de Fevereiro de 2008. Diário da República n.º 38 – I Série. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

DELNOIJ, D. M. J.; KLAZINGA, N. S.; VELDEN, K. – Building integrated health systems in central and eastern Europe. An analysis of WHO and World Bank views and their relevance to health systems in transition. **European Journal of Public Health**. 13:3 (Sep 2003) 240-245.

DEMEERE, N.; ROODHOOFT, F.; STOUTHUYSEN, K. – Time-driven activity-based costing in an outpatient clinic environment: Development, relevance and managerial impact. **Health Policy**. 92:(2-3) (Jun 2009) 234–243.

DESPACHO NORMATIVO N.º 97/83, de 22 de Abril de 1983. Diário da República n.º 93 – I Série. Aprova o Regulamento dos Centros de Saúde.

DESPACHO NORMATIVO N.º 46/97, de 8 de Agosto de 1997. Diário da República n.º 182 – I Série B. Orientações relativas à instalação e funcionamento das agências de acompanhamento dos serviços de saúde junto das ARS.

DESPACHO NORMATIVO N.º 61/99, de 12 de Novembro de 1999. Diário da República n.º 264 – I Série B. Altera o Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de Agosto (estabelece as orientações relativas à instalação e funcionamento das agências de acompanhamento dos serviços de saúde junto das administrações regionais de saúde).

DESPACHO NORMATIVO N.º 9/2006, de 16 de Fevereiro de 2006. Diário da República n.º 34 – I Série B. Aprova o Regulamento para Lançamento e Implementação das Unidades de Saúde Familiar.

DESPACHO NORMATIVO N.º 5/2011, de 15 de Março de 2011. Diário da República n.º 52 – II Série. Regulamento de candidaturas para adesão ao modelo das Unidades de Saúde Familiar (USF). Revoga o Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de Fevereiro de 2006.

DRUMMOND, M. [*et al.*] – Methods for the economic evaluation of health care programmes. 2nd Ed. Oxford: Oxford University Press, 1997.

DUGDALE, D.; EPSTEIN, R.; PANTILAT, S. – Time and the patient-physician relationship. **J Gen Intern Med.** 14:S1 (Jan 1999) S34–S40.

EDBROOKE, D. L. [*et al.*] – The cost of hospital ward in Europe. Is there a methodology available to accurately measure the costs?. **Journal of Health Organization and Management.** 18:3 (2004) 195-206.

FINKLER, S. A.; WARD, D. M. – Cost accounting for health care organizations: concepts and applications. 2nd Ed. New York, NY: Aspen Publishers, 1999.

FOX-RUSHBY, J. HUTTON, G.; MUGFORD, M. — Methods for economic evaluation alongside a multicentre trial in developing countries: a case study from the WHO Antenatal Care Randomised Controlled Trial. **Pediatric and Perinatal Epidemiology.** 12:Suppl. 2 (Oct 1998) 75-97.

FRANCO, V. S.; PEREIRA, C. C. – Contabilidade analítica. Lisboa: Rei dos Livros, 2001.

GRAÇA, L. – Guião para o desenho de um projecto de investigação. Lisboa: Grupo de Disciplinas de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, 2010. (Texto T834) p. 111.

INEVELD, B. M. VAN [et al.]. – Comparing methodologies for the cost estimation of hospital services. **Eur J Health Econ.** 10:1 (Mar 2008) 39-45.

JORDAN, H.; NEVES, J. C.; RODRIGUES, J. A. – Contabilidade Analítica para a Gestão. In JORDAN, H.; NEVES, J. C.; RODRIGUES, J. A. – O Controlo de Gestão: Ao Serviço da Estratégia e dos Gestores. 8ª Ed. Lisboa: Áreas Editora, 2008. Pt. 4, p. 101-179.

KAPLAN, R. S.; PORTER, M. E. – How to solve the cost crisis in health care. **Harvard Business Review.** 89: 9 (Sep 2011) 4-18.

KERNICK, DP; NETTEN, A. – A methodological framework to derive the cost of the GP consultation. **Family Practice.** 19:5 (Oct 2002) 500-503.

KNIGHT, R. – The importance of list size and consultation length as factors in general practice. **Journal of the Royal College of General Practitioners.** 37:294 (January 1987) 19–22.

KOPERSKI, M. – Systematic care of diabetic patients in one general practice: how much does it cost?. **British Journal of General Practice.** 42:362 (Sep 1992) 370–372.

KUCHTA, D.; ZABEK, S. – Activity-based costing for health care institutions. In International Conference on Enterprise Systems, Accounting and Logistics, 8th, Thassos Island, Greece, 2011.

LEI N.º 56/79, de 16 de Setembro de 1979. Diário da República n.º 215 – I Série. Cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição.

LEI N.º 48/90, de 24 de Agosto de 1990. Diário da República n.º 195 – I Série. Lei de Bases da Saúde.

LEONE, G. G.; LEONE, R. G. – Dicionário de custos. São Paulo: Atlas, 2004.

MANIQUE, L. – Definição de metodologias para o apuramento de custos por doente: aplicação da Matriz de Maryland nos custos dos hospitais portugueses. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública (UNL/ENSP), 2008. XXXVI Curso de Especialização em Administração Hospitalar.

MARSHALL, R. [et al.] – DRG cost weights: getting it right. **The Medical Journal of Australia**. 169:Suppl. (Out. 1998) S36-38.

MATOS, A. J. de – Gestão de custos hospitalares: técnicas, análise e tomada de decisão. 2ª Ed. São Paulo: Editora STS, 2002.

MCSP – Glossário para as Unidades de Saúde Familiar. [Em linha]. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2006. [Consult. 10 Maio 2012]. Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/Glossario_USF.pdf.

MCSP – USF em actividade. [Em linha]. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2012a. [Consult. 10 Maio 2012]. Disponível em <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=32>.

MCSP – USF modelos organizacionais. [Em linha]. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2012b. [Consult. 10 Maio 2012]. Disponível em <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=45>.

MIGUEL, L. S.; SÁ, A. B. de – Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2010.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION DEVELOPMENT – Country statistical profile: Portugal. [Em linha]. OECD, 2010. [Consult. 19 Jan 2012]. Disponível em http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profile-portugal-2011_csp-prt-table-2011-1-en.

PEREIRA, J. – Economia da Saúde: Glossário de Termos e Conceitos. Documento de Trabalho 1/93. 4ª Ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 2004.

PISCO, L. – A reforma dos cuidados de saúde primários. **Cadernos de Economia**. 80 (Julho/Setembro 2007) 60-66.

PORTAL DA SAÚDE – Arquivos e discursos: Reforma dos cuidados de saúde primários – reconfiguração dos centros de saúde. Intervenção do Ministro da Saúde, Correia de Campos, seminário “Reformas dos Cuidados de Saúde Primários”. [Em linha]. Viseu: Seminário “Reformas dos Cuidados de Saúde Primários”, 2007. [Consult. 21 Jan 2012]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/arquivo/reforma+csp.htm>.

PORTARIA N.º 898/2000, de 28 de Setembro de 2000. Diário da República n.º 225 – I Série B. Aprova o Plano Oficial da Contabilidade Pública do Ministério da Saúde.

PORTARIA N.º 1368/2007, de 18 de Outubro de 2007. Diário da República n.º 201 – I Série. Aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar (USF).

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. IGIF — Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais. 3ª Ed. [Em linha]. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, 2007. [Consult. 25 Jan 2012]. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/SNS/Info_gestao/PCAH_3Edicao.pdf.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS N.º 157/2005, de 22 de Setembro de 2005. Diário da República n.º 196/05 – I Série B. Determina a criação de uma estrutura de missão para a reforma dos cuidados de saúde primários.

RIBEIRO, B. – Apuramento do custo unitário por episódio de internamento no Centro Hospitalar de Setúbal, EPE. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública (UNL/ENSP), 2010. XXXVII Curso de Especialização em Administração Hospitalar.

SANTANA, R. – Contabilidade analítica da Unidade Curricular de Gestão de Recursos – Gestão Económico Financeira. Mestrado em Gestão da Saúde, 2º Semestre. Universidade Nova de Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Ano lectivo 2010-2011.

SIMÕES, J. A. – Medicina Familiar, Centros de Saúde e Limitações de Recursos. **Acção Médica**. 68:4 (2004) 236-244.

SIMÕES, J. – Introdução. In SIMÕES, J. – Retrato Político da Saúde. Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: da ideologia ao desempenho. 2ª Ed. Coimbra: Almedina, 2009. Pt. Introdução, p. 25-28.

VERTREES, J. C. — Incentivos globais e competição nos serviços de saúde. In Encontro sobre Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal. Lisboa: FIL, 10 e 11 de Dezembro, 1998.

WESTCOTT, R. – The length of consultations in general practice. **Journal of the Royal College of General Practitioners**. 27:182 (Sep 1977) 552–555.

WILSON, A. – Consultation length in general practice: a review. **British Journal of General Practice**. 41:344 (March 1991) 119-122.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Declaration of Alma-Ata [Em linha]. Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, 1978. [Consult. 21 Jan 2012]. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Relatório Mundial da Saúde: Cuidados de Saúde Primários – Agora mais que nunca. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2008.

YIN, R. K. – Case Study Research: Design and Methods. 4ªEd. Thousand Oaks: Sage Publications, 2009.

YOUNG, D. W. – Management accounting in health care organizations. San Francisco: Jossey-Bass, 2003.

ANEXOS

Anexo B – Cuidados de Saúde Primários: Referência histórica

O sistema de saúde português sofreu profundas transformações ao longo dos últimos 60 anos, sendo possível identificar seis períodos principais (Antunes *et al.*, 2006): 1945-1967; 1968-1973; 1974-1984; 1985-1994; 1995-2001; 2002-2005. Contudo, por não ser o objecto de estudo aprofundar as mudanças ocorridas, serão apenas salientados apenas algumas alterações importantes dos períodos mencionados.

Período de 1945-1967

Neste período, a publicação do Decreto-Lei n.º 35108/45, de 7 de Novembro, dá origem à criação ou autonomização de institutos dedicados a problemas de saúde pública específicos, como a tuberculose e a saúde materna.

Em 1958, foi criado o Ministério da Saúde e da Assistência pelo Decreto-Lei n.º 41825/58, de 13 de Agosto, deixando a tutela dos serviços de saúde pública e os serviços de assistência pública de pertencer ao Ministério do Interior.

Período de 1968-1973

Nesta altura os serviços de saúde estavam dispersos, dependentes de diferentes estruturas nacionais e Ministérios, e não articulados. Existiam os programas verticais dos Institutos, os Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência, alguns grandes hospitais do Estado, uma extensa rede de hospitais das Misericórdias e os consultórios privados (Antunes *et al.*, 2006). O aparecimento dos CSP enquanto rede prestadora de cuidados de saúde, tem origem na reforma do sistema de saúde e da assistência delineada por Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio e Baltazar Rebelo de Sousa em 1971 (Miguel e Sá, 2010), com a publicação do Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro – Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, onde é lançada a reforma que estabelece os fundamentos de um Serviço Nacional de Saúde e cria os “Centros de Saúde de 1ª Geração” – e do Decreto-Lei n.º 414/71, de 27 de Setembro que veio estabelecer as carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestam serviço no Ministério da Saúde e Assistência.

No entanto, manteve-se a separação dos Postos de Saúde – centros de saúde associados ao que se entendia por saúde pública, com actividades de saúde materno-infantil, vacinação, saneamento do ambiente e cuidados médicos de base, saúde escolar, etc. (Antunes *et al.*, 2006 e Branco e Ramos, 2001) – e Caixas de Previdência (Postos dos serviços Médico-Sociais) (Antunes *et al.*, 2006).

Período de 1974-1984

A nova Constituição da República Portuguesa, de 1976, reafirma a saúde como um direito dos cidadãos – artigo 64º, n.º 1 “Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.”. No entanto, a cobertura generalizada do território nacional pelos CSP é conseguida após a criação do SNS em 1979 pela Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, enquanto instrumento do Estado para assegurar a protecção à saúde nos termos da Constituição (Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, art. 1º).

Em 1982, com o Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de Agosto, é criada a carreira médica de Clínica Geral e em 1983 é publicado o Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de Abril, que aprova o Regulamento dos Centros de Saúde. Designados de Centros de Saúde de 2ª Geração resultaram da integração dos primeiros Centros de Saúde (CS) com os numerosos portos dos ex-Serviços Médico-Sociais (“caixas”) (ex-SMS) (Branco e Ramos, 2001). Estes CS continuam a ser entidades sem personalidade jurídica nem autonomia administrativa e financeira, dependentes das ARS e respectivas Sub-regiões (SRS).

Na prática, este processo de fusão conduziu a uma maior racionalidade formal na prestação de cuidados de saúde e na optimização de recursos (Branco e Ramos, 2001).

Período de 1985-1994

Em 1990, é aprovada a Lei de Bases da Saúde com a publicação Lei n.º 49/90, de 24 de Agosto, onde se refere na Base I, n.º 1 que “a protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, e, liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei.”.

O Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, três anos depois da Lei de Bases, dá às ARS a possibilidade de coordenarem o trabalho entre hospitais e CS.

Período de 1995-2001

Em 1996, deu-se um novo impulso de mudança nos CSP, com o início de experiências de novas formas de organizar a prestação de cuidados de saúde por médicos de Medicina Geral e Familiar. Um exemplo desta mudança foi o Projecto Alfa implementado na ARS de Lisboa e Vale do Tejo em 1996, que visava estimular soluções organizativas a partir da iniciativa dos profissionais e assentava nos seguintes princípios fundamentais: a

acessibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde, e a constituição de uma equipa multiprofissional, com compromisso (projecto) escrito de acção, com objectivos concretos, aceite livremente pela equipa proponente e acordado com a administração, sendo dadas condições de instalação e equipamento adequadas à prossecução do projecto (Antunes *et al.*, 2006).

Em 1998, o Regime Remuneratório Experimental dos Médicos da Carreira de Clínica Geral, surgiu na sequência do Projecto Alfa, sendo aprovado pelo Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio, introduzindo uma modalidade remuneratória médica associada à quantidade de trabalho e qualidade do desempenho profissional (Antunes *et al.*, 2006).

Em 1997 e 1999, o processo de contratualização enquanto instrumento de separação entre o financiador e o prestador, entra em vigor com o Decreto Normativo n.º 46/97, de 8 de Agosto onde são criadas as Agências de Acompanhamento dos Serviços de Saúde, cuja missão consistia em “explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade, com vista a assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e a máxima eficiência e equidade nos cuidados de saúde a prestar” (Decreto Normativo n.º 46/97, de 8 de Agosto, n.º 2), e mais tarde com o Despacho Normativo n.º 61/99, de 12 de Novembro, que cria as Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde.

Em 1999, com a publicação do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio e Decreto-Lei n.º 156/99 de 10 de Maio, são estabelecidos o novo regime de criação e organização e funcionamento dos Centros de Saúde, e o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), respectivamente. No diploma dos CS são criados os chamados Centros de Saúde de 3ª Geração, “pessoas colectivas de direito público, integradas no Serviço Nacional de Saúde e dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde” (Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, art. 3º, n.º 1).

Período de 2002-2005

Em 2003, o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, cria a rede de CSP que para além de continuar a garantir a sua missão específica tradicional de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, a rede deve também constituir-se e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde ou hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença. No entanto, passado dois anos o diploma foi revogado e reprimado o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio (Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho).

Anexo C – Definições dos tipos de consulta

As definições de tipo de consulta, tipo de contacto e de principais programas de consulta, foram baseadas no Glossário para as Unidades de Saúde Familiares desenvolvido pela MCSP (2006).

- Tipo de consulta:

- Consulta programada: destina-se a vigiar a saúde do utente, a realizar actividades de prevenção ou a seguir os problemas de saúde sub-agudos ou crónicos.
- Consulta aberta ou não programada: trata-se de uma consulta que não está sujeita a marcação prévia. Esta pode ser com marcação presencial ou telefónica só no próprio dia. Para este tipo de consulta, os médicos dispõem de um período diário para atender os utentes com problemas agudos, no caso de o próprio médico de família não se encontrar disponível, o utente é atendido por outro médico da USF.
- Consulta domiciliária: destina-se a atender os utentes com doenças que geram incapacidades súbitas ou crónicas para se deslocarem à USF, sendo prestadas no domicílio dos utentes, lares ou instituições afins.

- Tipo de contacto:

- Consulta de contacto directo: trata-se de um encontro face a face com o utente.
- Consulta de contacto indirecto: trata-se de uma consulta sem a presença do utente. Dela resulta uma, prescrição, ou encaminhamento para outro serviço. Nos cuidados primários, é geralmente feita por telefone ou através de terceiros, por carta, podendo também ser realizada por correio eletrónico ou outro meio.

- Principais programas de consulta:

- Consulta de saúde de adulto: trata-se de uma consulta médica não diferenciada, prestada a indivíduos de 19 ou mais anos de idade.
- Consulta de saúde infantil: consiste numa consulta médica não diferenciada, prestada a menores de 19 anos de idade.
- Consulta de saúde materna: é uma consulta médica prestada a uma mulher grávida ou no período pós-parto, em consequência de uma gravidez.
- Consulta de planeamento familiar: trata-se de uma consulta médica realizada no âmbito da Medicina Geral e Familiar ou de outra especialidade, em que haja resposta por parte do médico a uma solicitação sobre contraceção, pré-concepção, infertilidade ou fertilidade.

Anexo D – Centro de custos


Quadro 28 – Contas do centro de custos da contabilidade analítica.

Conta	Descrição	Valor
61611	Medicamentos	72.299,90
61612	Reagentes e produtos de diagnóst. rápido	59,89
61619	Outros produtos farmacêuticos	77,28
6162	Material de consumo clínico	13.266,74
6163	Produtos alimentares	23,80
6164	Material de consumo hoteleiro	2.376,33
6165	Material de consumo administrativo	5.828,52
6166	Material de manutenção e conservação	149,31
621411	Total MEDICAMENTOS - Medicamentos / Utentes SNS	721.967,05
621412	Total MEDICAMENTOS - Medicamentos / Utentes ADSE prescritos no SNS	222.703,23
621431	Total DIABETES - Diabetes / Utentes SNS	28.258,04
621432	Total DIABETES - Diabetes / Utentes ADSE prescritos no SNS	8.357,65
62161	TRANSPORTE DE DOENTES - Bombeiros	15.195,49
6218121	TRABALHOS EXECUTADOS EXTERIOR/ EM ENTIDADES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE/ MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO - Patologia clínica	456,00
6218122	TRABALHOS EXECUTADOS EXTERIOR/ EM ENTIDADES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE/ MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO - Anatomia patológica	16.603,15
6218125	TRABALHOS EXECUTADOS EXTERIOR/ EM ENTIDADES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE/ MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO - Eletroencefalografia	144,90
62181423	PRESCRIÇÃO MEDICAM./ CUIDADOS FARMAC./ FORNECIDOS POR FARMÁCIAS HOSPITALARES - De instituições do SEE	10.844,28
6218911	ASSISTÊNCIA AMBULATÓRIA - Consultas/Especialidades Médico Cirúrgic.	34,91
6218919	TRABALHOS EXECUTADOS EXTERIOR/ EM OUTRAS ENTIDADES/ ASSISTÊNCIA AMBULATÓRIA - Outros	65,85
6218922	TRABALHOS EXECUTADOS EXTERIOR/ EM OUTRAS ENTIDADES/ MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO - Anatomia patológica	17,70
6218923	TRABALHOS EXECUTADOS EXTERIOR/ EM OUTRAS ENTIDADES/ MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO - Imagiologia	1.301,81
6218924	TRABALHOS EXECUTADOS EXTERIOR/ EM OUTRAS ENTIDADES/ MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO - Cardiologia	3,54
6218926	TRABALHOS EXECUTADOS EXTERIOR/ EM OUTRAS ENTIDADES/ MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO - Medicina nuclear	18,71
62189291	TRABALHOS EXECUTADOS EXTERIOR/ EM OUTRAS ENTIDADES/ MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO/ Ourtos - Otorrinolaringologia	17,19
62189299	TRABALHOS EXECUTADOS EXTERIOR/ EM OUTRAS ENTIDADES/ MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO/ Ourtos - Outros	7,48
62189341	TRABALHOS EXECUTADOS EXTERIOR/ EM OUTRAS ENTIDADES/ MEIOS COMPLEMENTARES TERAPÊUTICA/ CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS - Oxigenoterapia Longa Duração	75.553,18
62189529	TRABALHOS EXECUTADOS EXTERIOR/ EM OUTRAS ENTIDADES/ INTERNAMENTOS E TRANSPORTE DE DOENTES/ TRANSPORTE DE DOENTES - Outros transportes	9.835,52
621894	Produtos vendidos por farmácias	670,18
621896	Aparelhos complementares de terapêutica	15,77
621898	Termalismo social	224,20
62212	FORNECIMENTOS E SERVIÇOS I - Combustíveis	49,67
62217	FORNECIMENTOS E SERVIÇOS I - Material de escritório	19,68
6221913	Rendas, Alugueres e Locação Mat. Informático - Rendas e Alugueres - Outros	193,20
6222211	SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES - Acessos à Internet	64,13
6222213	SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES - Comunicações fixas de voz	5.241,20
6222214	SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES - Comunicações móveis	172,63
62225	FORNECIMENTOS E SERVIÇOS II - Transporte de mercadorias	24,45
62227	FORNECIMENTOS E SERVIÇOS II - Deslocações e estadas	558,80
6223213	FORNECIMENTOS E SERVIÇOS III/ CONSERVAÇÃO E REPARAÇÃO/ Assistências técnicas - outros	232,85
6223291	FORNECIMENTOS E SERVIÇOS III/ CONSERVAÇÃO E REPARAÇÃO - Outras	1.554,77
6223292	FORNECIMENTOS E SERVIÇOS III/ CONSERVAÇÃO E REPARAÇÃO - Outras	469,12
6223293	FORNECIMENTOS E SERVIÇOS III/ CONSERVAÇÃO E REPARAÇÃO - Outras	439,88

6223299	FORNECIMENTOS E SERVIÇOS III/ CONSERVAÇÃO E REPARAÇÃO - Outras	74,18
62234	FORNECIMENTOS E SERVIÇOS III - Limpeza, higiene e conforto	10.258,73
62235	FORNECIMENTOS E SERVIÇOS III - Vigilância e segurança	29.227,32
622363	TRABALHOS ESPECIALIZADOS - Lavandaria	350,55
6223699	Outros trabalhos especializados	12.458,07
6421112	REMUNERAÇÕES BASE DO PESSOAL/RCTFP - POR TEMPO INDETERMINADO - Pessoal Médico	342.376,83
6421113	REMUNERAÇÕES BASE DO PESSOAL/RCTFP - POR TEMPO INDETERMINADO - Pessoal de enfermagem	114.696,36
6421116	REMUNERAÇÕES BASE DO PESSOAL/RCTFP - POR TEMPO INDETERMINADO - Pessoal Assistente Técnico	63.692,46
6421212	PESSOAL C/ CONTRATO A TERMO RESOLUTIVO - Pessoal Médico	106.152,27
6421413	PESSOAL EM QUALQUER OUTRA SITUAÇÃO - Pessoal de Enfermagem	16.593,34
6422112	SUPLEMENTOS REMUNERATÓRIOS/ HORAS EXTRAORDINÁRIAS - Pessoal Médico	59.892,41
6422113	SUPLEMENTOS REMUNERATÓRIOS/ HORAS EXTRAORDINÁRIAS - Pessoal de enfermagem	1.876,85
6422116	SUPLEMENTOS REMUNERATÓRIOS/ HORAS EXTRAORDINÁRIAS - Pessoal Assistente Técnico	5.416,98
6422212	TRABALHO EM REGIME DE TURNOS/ NOITES E SUPLEMENTOS - Pessoal Médico	128.851,38
6422213	TRABALHO EM REGIME DE TURNOS/ NOITES E SUPLEMENTOS - Pessoal de enfermagem	61.341,47
6422216	TRABALHO EM REGIME DE TURNOS/ NOITES E SUPLEMENTOS - Pessoal Assistente Técnico	35.143,66
64224	SUPLEMENTOS REMUNERATÓRIOS - Subsídio de refeição	25.696,86
64225	SUPLEMENTOS REMUNERATÓRIOS - Ajudas de custo	2.662,66
642283	SUPLEMENTOS REMUNERATÓRIOS - Incentivos e prémios	62.809,75
642284	SUPLEMENTOS REMUNERATÓRIOS - Subsídio de fixação	21.199,13
642285	SUPLEMENTOS REMUNERATÓRIOS - Formação	14.572,49
64231	PRESTAÇÕES SOCIAIS DIRECTAS - Subsídio familiar a crianças e jovens	318,48
64234	PRESTAÇÕES SOCIAIS DIRECTAS - Comparticipação nos encargos com a saúde	855,62
64242	SUBSÍDIO DE FÉRIAS E DE NATAL - Pessoal médico	83.942,36
64243	SUBSÍDIO DE FÉRIAS E DE NATAL - Pessoal de enfermagem	25.433,80
64246	SUBSÍDIO DE FÉRIAS E DE NATAL - Pessoal Assistente Técnico	13.914,80
6451	ENCARGOS SOBRE REMUNERAÇÕES - Assistência na doença a funcionários púb.	24.193,44
6452	ENCARGOS SOBRE REMUNERAÇÕES - Caixa Geral de Aposentações	127.289,79
64531	ENCARGOS SOBRE REMUNERAÇÕES - Segurança social	27.707,69
6471	Encargos sociais voluntários - Parentalidade (matern., patern. e adoção)	16.187,86
6473	Encargos sociais voluntários - Doença	98,12
6489	Outros custos com o pessoal	2.826,91
69762189	CORRECÇÕES A CUSTOS/ FORNECIMENTOS E SERVIÇOS EXTERNOS/ TRABALHOS EXECUTADOS NO EXTERIOR - Outras entidades	12.114,72
697621812	CORRECÇÕES A CUSTOS/ FORNECIMENTOS E SERVIÇOS EXTERNOS/ SUBCONTRATOS/ TRABALHOS EXECUTADOS NO EXTERIOR/ EM INSTITUIÇÕES MINISTÉRIO SAÚDE - Instituições do SPA/SNS	1.941,64
697621813	CORRECÇÕES A CUSTOS/ FORNECIMENTOS E SERVIÇOS EXTERNOS/ SUBCONTRATOS/ TRABALHOS EXECUTADOS NO EXTERIOR/ EM INSTITUIÇÕES MINISTÉRIO SAÚDE - Instituições do SEE	3.061,00
69762239	FORNECIMENTOS E SERVIÇOS III - Outras entidades	463,09
Total Geral		2.671.091,05

Legenda:

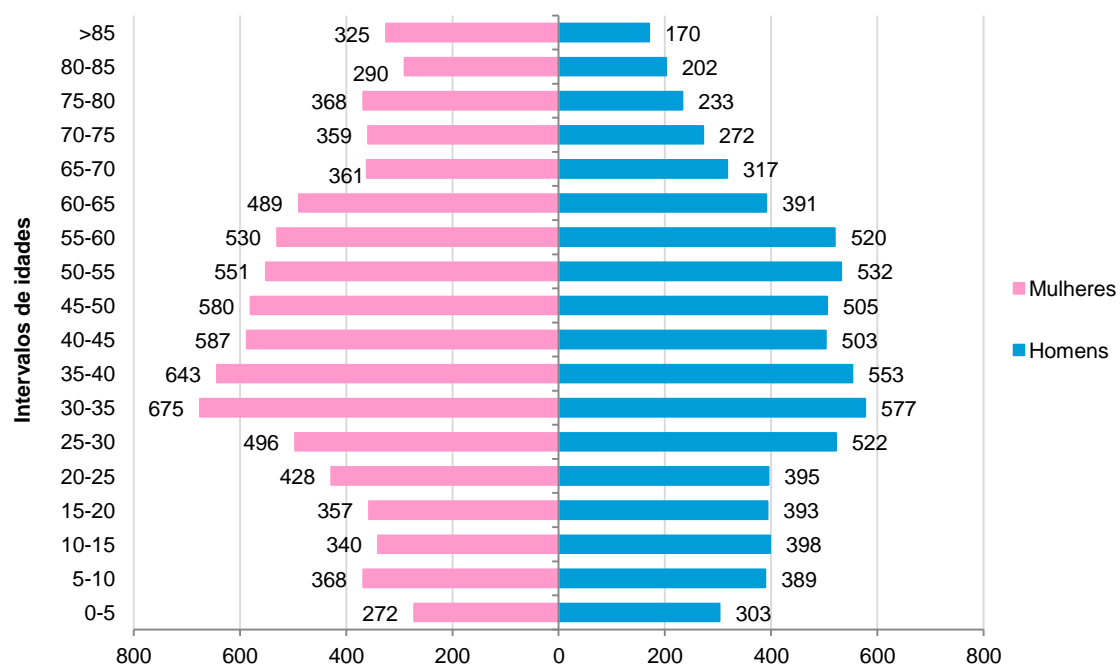
 Custos indirectos variáveis

 Custos indirectos fixos

Anexo E – Caracterização da amostra: Pirâmide etária.

O Gráfico 41 reflecte a distribuição dos utentes ao longo dos intervalos de classes.

Gráfico 41 – Pirâmide etária.



Anexo F – Consultas

Quadro 29 – Quantidade de consultas I.

				Médico																			
Tipo de Consulta	Tipo de contacto	Local da consulta	Programa de Consulta	A	A não atend.	B	B não atend.	C	C não atend.	D	D não atend.	E	E não atend.	F	F não atend.	G	G não atend.	H	H não atend.	Outro	Outro não atend.	Total	
Programada	Directo	Consultório	S. Adulto	2.575	25	1.726	75	1.606	31	2.157	16	2.134	10	2.409	17	2.301	21	2.438	43	0	15	17.599	
			S. Infantil	296	2	317	15	362	6	351	1	508	2	342	2	323	7	314	3	0	0	2.851	
			S. Materna	70	0	69	2	89	0	45	0	184	0	66	0	43	0	51	0	0	0	619	
			Planeamento Familiar	299	6	287	0	217	0	176	4	253	2	213	0	228	5	198	28	0	6	1.922	
			Especialidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
		Sub-total	3.240	33	2.399	92	2.274	37	2.729	21	3.079	14	3.030	19	2.896	33	3.001	74	0	21	22.992		
		Reforço	S. Adulto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	11	12
			S. Infantil	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
			S. Materna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
			Planeamento Familiar	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	7
			Especialidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Sub-total	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	19	22	
		Domicílio	S. Adulto	38	0	37	0	22	0	36	0	52	0	31	0	31	0	43	1	0	0	1	292
			S. Infantil	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3
			S. Materna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Planeamento Familiar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Especialidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Sub-total	38	0	39	0	22	0	36	0	52	0	31	0	31	0	44	1	0	1	295		
		Total			3.278	33	2.440	92	2.296	37	2.765	21	3.131	14	3.062	19	2.927	33	3.045	75	0	41	23.309
	Indirecto	Consultório	S. Adulto	9	0	3	0	2	0	1	4	3	0	1	0	7	1	4	0	0	0	35	
			S. Infantil	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
			S. Materna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			Planeamento Familiar	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
			Especialidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			Sub-total	10	0	4	0	2	0	2	4	5	0	1	0	7	1	4	0	0	0	40	
		Reforço	S. Adulto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			S. Infantil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			S. Materna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Planeamento Familiar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Especialidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Sub-total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Total			10	0	4	0	2	0	2	4	5	0	1	0	7	1	4	0	0	0	40
	Total tipo de consulta por médico		S. Adulto	2.622	25	1.766	75	1.630	31	2.194	20	2.189	10	2.442	17	2.339	22	2.485	44	0	27	17.938	
			S. Infantil	296	2	321	15	362	6	351	1	509	2	342	2	323	7	315	3	0	0	2.857	
			S. Materna	70	0	69	2	89	0	45	0	184	0	66	0	43	0	51	0	0	2	621	
			Planeamento Familiar	300	6	288	0	217	0	177	4	254	2	213	0	228	5	198	28	0	12	1.932	
			Especialidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
Total de consultas programadas				3.288	33	2.444	92	2.298	37	2.767	25	3.136	14	3.063	19	2.934	34	3.049	75	0	41	23.349	

Quadro 30 – Quantidade de consultas II.

				Médico																				
Tipo de consulta	Tipo de contacto	Local da consulta	Programa de Consulta	A	A não atend.	B	B não atend .	C	C não atend.	D	D não atend.	E	E não atend.	F	F não atend.	G	G não atend.	H	H não atend.	Outro	Outro não atend.	Total		
Não Programada	Directo	Consultório	S. Adulto	64	796	23	700	22	548	21	795	32	502	26	631	28	763	20	659	0	5	5.635		
			S. Infantil	23	293	7	303	6	260	7	246	25	243	7	201	6	232	1	274	0	0	2.134		
			S. Materna	1	6	0	9	1	13	1	12	0	10	0	5	0	9	1	5	0	0	73		
			Planeamento Familiar	6	3	7	4	3	1	8	4	4	1	5	1	5	2	10	4	0	0	68		
			Especialidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			Sub-total	94	1.098	37	1.016	32	822	37	1.057	61	756	38	838	39	1.006	32	942	0	5	7.910		
		Reforço	S. Adulto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	14	
			S. Infantil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	
			S. Materna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
			Planeamento Familiar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	
			Especialidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			Sub-total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	19	
		Domicílio	S. Adulto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			S. Infantil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			S. Materna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Planeamento Familiar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Especialidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Sub-total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Total			94	1.098	37	1.016	32	822	37	1.057	61	756	38	838	39	1.006	32	942	0	24	7.929	
	Indirecto	Consultório	S. Adulto	2.611	86	2.064	126	1.082	65	2.180	249	1.289	127	1.412	137	1.719	217	1.550	302	0	3	15.219		
			S. Infantil	178	2	134	2	103	5	116	10	87	1	91	7	111	5	87	13	0	0	952		
			S. Materna	35	0	33	1	49	6	41	3	34	3	29	3	14	2	15	3	0	0	271		
			Planeamento Familiar	102	8	91	9	69	6	53	16	85	1	52	9	61	8	52	24	0	0	646		
			Especialidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			Sub-total	2.926	96	2.322	138	1.303	82	2.390	278	1.495	132	1.584	156	1.905	232	1.704	342	0	3	17.088		
		Reforço	S. Adulto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	10	13	
			S. Infantil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
			S. Materna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
			Planeamento Familiar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6	
			Especialidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			Sub-total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	18	21	
		Total			2.926	96	2.322	138	1.303	82	2.390	278	1.495	132	1.584	156	1.905	232	1.707	342	0	21	17.109	
		Total tipo de consulta por médico	S. Adulto	2.675	882	2.087	826	1.104	613	2.201	1.044	1.321	629	1.438	768	1.747	980	1.573	961	0	32	20.881		
			S. Infantil	201	295	141	305	109	265	123	256	112	244	98	208	117	237	88	287	0	3	3.089		
			S. Materna	36	6	33	10	50	19	42	15	34	13	29	8	14	11	16	8	0	2	346		
			Planeamento Familiar	108	11	98	13	72	7	61	20	89	2	57	10	66	10	62	28	0	8	722		
			Especialidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total de consultas programadas				3.020	1.194	2.359	1.154	1.335	904	2.427	1.335	1.556	888	1.622	994	1.944	1.238	1.739	1.284	0	45	25.038		
Número total de consultas				6.308	1.227	4.803	1.246	3.633	941	5.194	1.360	4.692	902	4.685	1.013	4.878	1.272	4.788	1.359	0	86	48.387		

Anexo G – Diagrama de dispersão das consultas

Gráfico 42 – Diagrama de dispersão de consultas dos utentes inscritos.

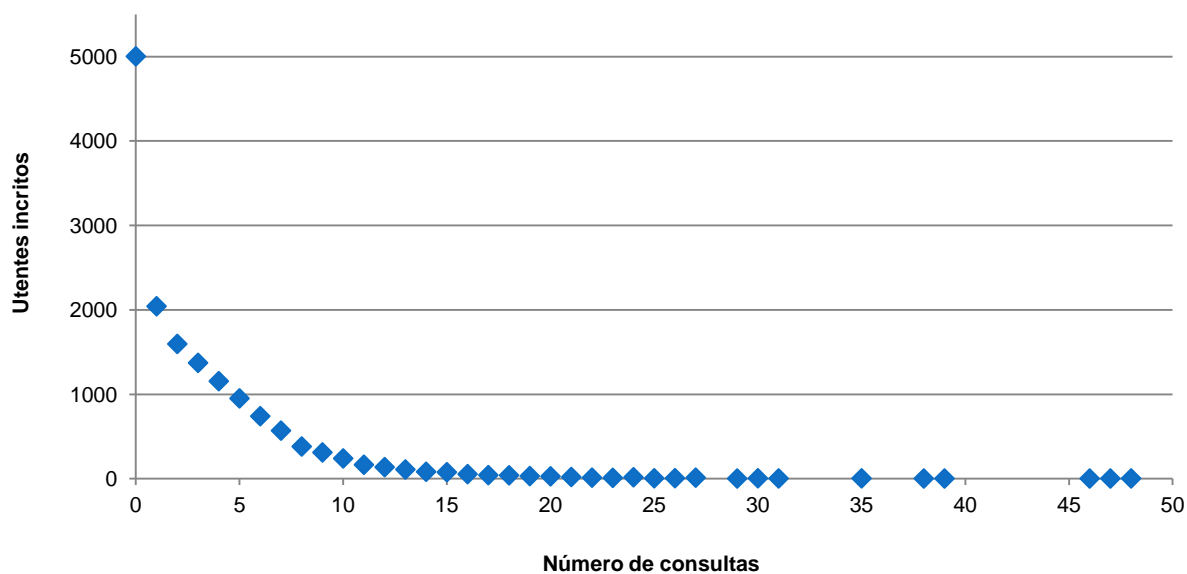
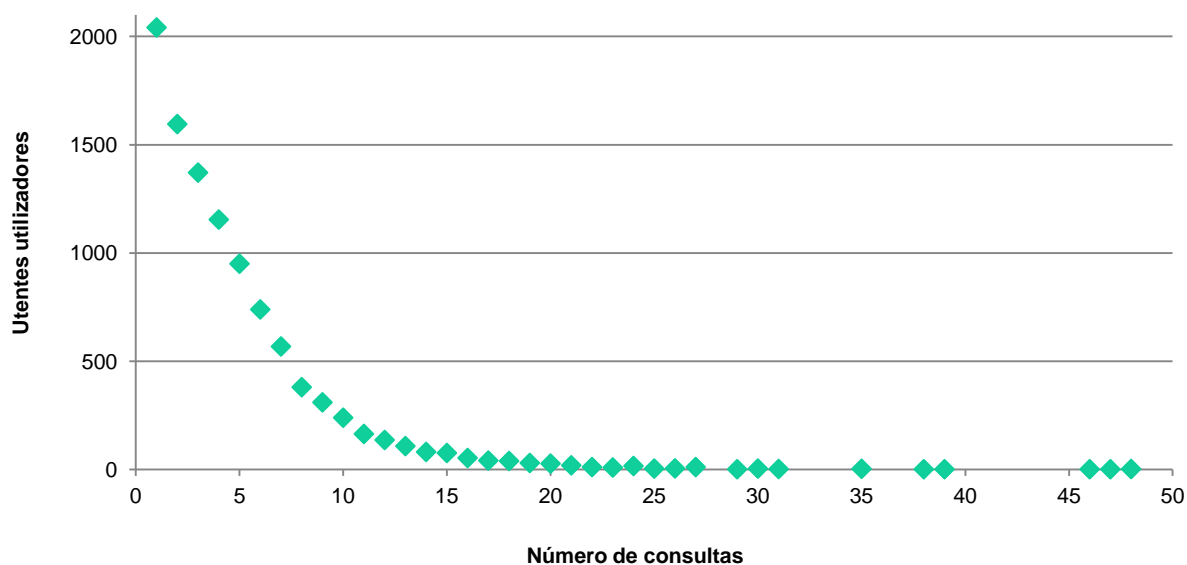


Gráfico 43 – Diagrama de dispersão de consultas dos utentes utilizadores.



Anexo H – Minutos trabalhados e custo do minuto por médico

Quadro 31 – Total de minutos trabalhados e custo do minuto por médico

Médico	Custos com o pessoal	Total de minutos em consultas com utentes inscritos na lista	Total de minutos em consultas com utentes inscritos na lista de outros médicos									Total de minutos trabalhados	Custo por minuto
			A	B	C	D	E	F	G	H	Outro		
A	97.698,15	68.235	-	3.374	2.576	3.486	2.391	2.673	3.310	3.416	196	89.658	1,09
B	91.124,06	51.825	3.374	-	2.576	3.486	2.391	2.673	3.310	3.416	196	73.248	1,24
C	70.524,51	44.340	3.374	3.374	-	3.486	2.391	2.673	3.310	3.416	196	66.561	1,06
D	86.315,61	56.625	3.374	3.374	2.576	-	2.391	2.673	3.310	3.416	196	77.936	1,11
E	86.697,11	59.185	3.374	3.374	2.576	3.486	-	2.673	3.310	3.416	196	81.591	1,06
F	78.641,96	57.200	3.374	3.374	2.576	3.486	2.391	-	3.310	3.416	196	79.324	0,99
G	84.557,76	56.790	3.374	3.374	2.576	3.486	2.391	2.673	-	3.416	196	78.277	1,08
H	86.115,19	57.275	3.374	3.374	2.576	3.486	2.391	2.673	3.310	-	196	78.656	1,09
			23.620	23.615	18.030	24.405	16.740	18.710	23.170	23.915	1.570	625.250	

Anexo I – Custo da consulta por programa de saúde e grupo profissional

Quadro 32 – Custo da consulta por programa de saúde e atendimento médico (atendimento pelo próprio médico de família).

Tipo de consulta	Tipo de contacto	Programa de consulta	Duração (minutos)	Custo de programa da consulta por Médico (€)							
				A	B	C	D	E	F	G	H
Programada	Directo	S. Adulto	15	16,35	18,66	15,89	16,61	15,94	14,87	16,20	16,42
		S. Infantil	20	21,79	24,88	21,19	22,15	21,25	19,83	21,60	21,90
		S. Materna	15	16,35	18,66	15,89	16,61	15,94	14,87	16,20	16,42
		Planeamento Familiar	20	21,79	24,88	21,19	22,15	21,25	19,83	21,60	21,90
	Indirecto	Todos os programas	5	5,45	6,22	5,30	5,54	5,31	4,96	5,40	5,47
Não Programa	Directo	Todos os programas	15	16,35	18,66	15,89	16,61	15,94	14,87	16,20	16,42
	Indirecto	Todos os programas	5	5,45	6,22	5,30	5,54	5,31	4,96	5,40	5,47

Quadro 33 – Custo da consulta por programa de saúde e atendimento médico (atendimento não efectuado pelo médico de família).

Tipo de consulta	Tipo de contacto	Programa de consulta	Duração (minutos)	Custo de programa da consulta por Médico (consultas atendidas por outros médicos)								
				A	B	C	D	E	F	G	H	Outro
Programada	Directo	S. Adulto	20	21,83	21,39	21,92	21,78	21,91	22,11	21,86	21,81	21,82
		S. Infantil	25	27,29	26,74	27,39	27,22	27,38	27,64	27,32	27,27	27,28
		S. Materna	20	21,83	21,39	21,92	21,78	21,91	22,11	21,86	21,81	21,82
		Planeamento Familiar	25	27,29	26,74	27,39	27,22	27,38	27,64	27,32	27,27	27,28
	Indirecto	Todos os programas	10	10,91	10,69	10,96	10,89	10,95	11,05	10,93	10,91	10,91
Não Programa	Directo	Todos os programas	20	21,83	21,39	21,92	21,78	21,91	22,11	21,86	21,81	21,82
	Indirecto	Todos os programas	10	10,91	10,69	10,96	10,89	10,95	11,05	10,93	10,91	10,91

Quadro 34 – Custo por consulta para outros grupos profissionais.

Grupo Profissional	Custo com o pessoal	Custo por consulta
Pessoal médico em formação pré-carreira	92.343,41	1,91
Enfermeiros	196.339,94	4,06
Assistentes técnicos	97.492,29	2,01

Anexo J – Taxas de crescimento

Quadro 35 – Volume de consultas e taxa de crescimento por género e por grupo etário.

Quantidade de consultas						
Grupo etário	H		M		Total	
0-5	1.057,00	-	919,00	-	1.976,00	-
5-10	720,00	-31,88%	750,00	-18,39%	1.470,00	-25,61%
10-15	581,00	-19,31%	600,00	-20,00%	1.181,00	-19,66%
15-20	539,00	-7,23%	698,00	16,33%	1.237,00	4,74%
20-25	444,00	-17,63%	1.014,00	45,27%	1.458,00	17,87%
25-30	519,00	16,89%	1.254,00	23,67%	1.773,00	21,60%
30-35	679,00	30,83%	2.315,00	84,61%	2.994,00	68,87%
35-40	788,00	16,05%	2.040,00	-11,88%	2.828,00	-5,54%
40-45	837,00	6,22%	1.961,00	-3,87%	2.798,00	-1,06%
45-50	983,00	17,44%	1.972,00	0,56%	2.955,00	5,61%
50-55	1.278,00	30,01%	2.110,00	7,00%	3.388,00	14,65%
55-60	1.538,00	20,34%	2.314,00	9,67%	3.852,00	13,70%
60-65	1.465,00	-4,75%	2.382,00	2,94%	3.847,00	-0,13%
65-70	1.426,00	-2,66%	1.895,00	-20,45%	3.321,00	-13,67%
70-75	1.423,00	-0,21%	2.251,00	18,79%	3.674,00	10,63%
75-80	1.378,00	-3,16%	2.559,00	13,68%	3.937,00	7,16%
80-85	1.214,00	-11,90%	1.902,00	-25,67%	3.116,00	-20,85%
>85	918,00	-24,38%	1.429,00	-24,87%	2.347,00	-24,68%
Total	17.787,00		30.365,00		48.152,00	

Quadro 36 – Custo total por utente e taxa de crescimento por género e grupo etário.

Custo por utente (€)						
Grupo etário	H		M		Total	
0-5	36.587,67	-	32.256,01	-	68.843,68	-
5-10	27.016,08	-26,16%	28.550,30	-11,49%	55.566,38	-19,29%
10-15	22.931,74	-15,12%	23.296,78	-18,40%	46.228,52	-16,80%
15-20	21.985,87	-4,12%	27.678,84	18,81%	49.664,71	7,43%
20-25	21.954,91	-0,14%	43.829,87	58,35%	65.784,78	32,46%
25-30	24.521,90	11,69%	57.745,47	31,75%	82.267,37	25,06%
30-35	33.811,93	37,88%	105.616,36	82,90%	139.428,29	69,48%
35-40	44.065,58	30,33%	96.104,55	-9,01%	140.170,13	0,53%
40-45	46.867,08	6,36%	94.061,89	-2,13%	140.928,97	0,54%
45-50	57.933,69	23,61%	107.004,19	13,76%	164.937,89	17,04%
50-55	95.126,60	64,20%	109.807,03	2,62%	204.933,64	24,25%
55-60	95.414,46	0,30%	137.685,15	25,39%	233.099,61	13,74%
60-65	98.840,96	3,59%	151.452,20	10,00%	250.293,16	7,38%
65-70	109.558,23	10,84%	137.717,39	-9,07%	247.275,62	-1,21%
70-75	101.698,24	-7,17%	186.194,16	35,20%	287.892,40	16,43%
75-80	105.593,17	3,83%	223.718,56	20,15%	329.311,74	14,39%
80-85	95.997,59	-9,09%	169.093,98	-24,42%	265.091,58	-19,50%
>85	70.801,92	-26,25%	131.866,40	-22,02%	202.668,32	-23,55%
Total	1.110.707,64		1.863.679,15		2.974.386,79	

Quadro 37 – Custo directo e taxa de crescimento por género e por grupo etário.

Custos Directos (€)						
Grupo etário	H		M		Total	
0-5	32.371,45	-	28.550,90	-	60.922,36	-
5-10	23.304,49	-28,01%	24.855,15	-12,94%	48.159,64	-20,95%
10-15	19.550,01	-16,11%	20.130,99	-19,01%	39.681,00	-17,61%
15-20	18.739,30	-4,15%	24.173,14	20,08%	42.912,45	8,14%
20-25	18.952,87	1,14%	39.153,75	61,97%	58.106,62	35,41%
25-30	20.735,61	9,41%	52.115,69	33,11%	72.851,30	25,38%
30-35	29.345,43	41,52%	96.329,84	84,84%	125.675,27	72,51%
35-40	39.418,31	34,33%	87.699,63	-8,96%	127.117,95	1,15%
40-45	42.318,84	7,36%	86.125,45	-1,79%	128.444,30	1,04%
45-50	52.986,32	25,21%	99.070,56	15,03%	152.056,89	18,38%
50-55	89.267,20	68,47%	101.638,17	2,59%	190.905,38	25,55%
55-60	88.915,83	-0,39%	129.068,01	26,99%	217.983,84	14,18%
60-65	93.130,44	4,74%	142.841,96	10,67%	235.972,40	8,25%
65-70	104.292,12	11,98%	130.996,37	-8,29%	235.288,49	-0,29%
70-75	96.647,06	-7,33%	178.531,53	36,29%	275.178,59	16,95%
75-80	100.841,49	4,34%	215.191,95	20,53%	316.033,44	14,85%
80-85	91.826,46	-8,94%	162.680,72	-24,40%	254.507,18	-19,47%
>85	67.568,47	-26,42%	126.555,50	-22,21%	194.123,97	-23,73%
Total	1.030.211,73		1.745.709,33		2.775.921,06	

Quadro 38 – Custos com medicamentos e taxa de crescimento por género e por grupo etário.

Custos com Medicamentos (€)						
Grupo etário	H		M		Total	
0-5	1.641,49	-	1.029,57	-	2.671,06	-
5-10	2.342,69	42,72%	2.313,99	124,75%	4.656,68	74,34%
10-15	1.121,67	-52,12%	1.442,38	-37,67%	2.564,05	-44,94%
15-20	1.398,72	24,70%	1.055,76	-26,80%	2.454,48	-4,27%
20-25	4.170,50	198,17%	3.431,00	224,98%	7.601,50	209,70%
25-30	2.907,91	-30,27%	4.237,03	23,49%	7.144,94	-6,01%
30-35	6.895,62	137,13%	11.549,47	172,58%	18.445,09	158,16%
35-40	14.895,53	116,01%	16.763,55	45,15%	31.659,08	71,64%
40-45	15.240,75	2,32%	16.685,74	-0,46%	31.926,49	0,84%
45-50	21.040,77	38,06%	29.947,69	79,48%	50.988,46	59,71%
50-55	43.030,60	104,51%	28.028,50	-6,41%	71.059,10	39,36%
55-60	36.244,81	-15,77%	50.918,78	81,67%	87.163,59	22,66%
60-65	43.556,86	20,17%	65.736,93	29,10%	109.293,79	25,39%
65-70	58.366,86	34,00%	69.753,04	6,11%	128.119,90	17,23%
70-75	51.239,85	-12,21%	109.461,19	56,93%	160.701,04	25,43%
75-80	58.692,72	14,55%	135.457,78	23,75%	194.150,50	20,81%
80-85	56.431,63	-3,85%	105.547,00	-22,08%	161.978,63	-16,57%
>85	43.407,93	-23,08%	85.829,01	-18,68%	129.236,94	-20,21%
Total	462.626,91		739.188,41		1.201.815,32	

Quadro 39 – Custo com MCDT e taxa de crescimento por género e por grupo etário.

Custos com MCDT (€)						
Grupo etário	H		M		Total	
0-5	1.126,73	-	1.778,05	-	2.904,78	-
5-10	1.696,74	50,59%	1.626,00	-8,55%	3.322,74	14,39%
10-15	3.012,33	77,54%	2.495,64	53,48%	5.507,97	65,77%
15-20	3.744,49	24,31%	4.998,01	100,27%	8.742,50	58,72%
20-25	4.130,50	10,31%	11.147,70	123,04%	15.278,20	74,76%
25-30	5.513,50	33,48%	17.792,34	59,61%	23.305,84	52,54%
30-35	7.228,64	31,11%	31.109,52	74,85%	38.338,16	64,50%
35-40	7.560,82	4,60%	24.320,59	-21,82%	31.881,41	-16,84%
40-45	9.140,08	20,89%	24.640,80	1,32%	33.780,88	5,96%
45-50	11.194,87	22,48%	25.626,50	4,00%	36.821,37	9,00%
50-55	19.257,08	72,02%	26.317,15	2,70%	45.574,23	23,77%
55-60	21.092,75	9,53%	28.193,10	7,13%	49.285,85	8,14%
60-65	19.510,86	-7,50%	27.515,18	-2,40%	47.026,04	-4,59%
65-70	17.104,75	-12,33%	21.362,00	-22,36%	38.466,75	-18,20%
70-75	16.108,17	-5,83%	23.124,45	8,25%	39.232,62	1,99%
75-80	14.717,83	-8,63%	27.483,56	18,85%	42.201,39	7,57%
80-85	11.648,32	-20,86%	18.869,27	-31,34%	30.517,59	-27,69%
>85	6.639,50	-43,00%	13.158,60	-30,26%	19.798,10	-35,13%
Total	180.427,96		331.558,46		511.986,42	

Quadro 40 – Custo com pessoal e taxa de crescimento por género e por grupo etário.

Custos com Pessoal (€)						
Grupo etário	H		M		Total	
0-5	29.603,23	-	25.743,28	-	55.346,52	-
5-10	19.265,06	-34,92%	20.915,16	-18,75%	40.179,87	-27,40%
10-15	15.416,01	-19,98%	16.192,97	-22,58%	31.608,78	-21,33%
15-20	13.596,09	-11,81%	18.119,37	11,90%	31.715,35	0,34%
20-25	10.651,87	-21,65%	24.575,05	35,63%	35.226,70	11,07%
25-30	12.314,20	15,61%	30.086,32	22,43%	42.400,68	20,37%
30-35	15.221,17	23,61%	53.670,85	78,39%	68.892,25	62,48%
35-40	16.961,96	11,44%	46.615,49	-13,15%	63.577,57	-7,71%
40-45	17.938,01	5,75%	44.798,91	-3,90%	62.736,98	-1,32%
45-50	20.750,68	15,68%	43.496,37	-2,91%	64.247,21	2,41%
50-55	26.979,52	30,02%	47.292,52	8,73%	74.272,35	15,60%
55-60	31.578,27	17,05%	49.956,13	5,63%	81.534,57	9,78%
60-65	30.062,72	-4,80%	49.589,85	-0,73%	79.652,52	-2,31%
65-70	28.820,51	-4,13%	39.881,33	-19,58%	68.701,80	-13,75%
70-75	29.299,04	1,66%	45.945,89	15,21%	75.244,94	9,52%
75-80	27.430,94	-6,38%	52.250,61	13,72%	79.681,49	5,90%
80-85	23.746,51	-13,43%	38.264,45	-26,77%	62.010,83	-22,18%
>85	17.521,04	-26,22%	27.567,89	-27,95%	45.088,67	-27,29%
Total	387.156,86		674.962,46		1.062.119,09	

Quadro 41 – Custo com pessoal médico e taxa de crescimento por género e por grupo etário.

Custos com Pessoal Médico (€)						
Grupo etário	H		M		Total	
0-5	21.167,34	-	18.408,76	-	39.576,10	-
5-10	13.518,75	-36,13%	14.929,43	-18,90%	28.447,82	-28,12%
10-15	10.779,06	-20,27%	11.404,39	-23,61%	22.183,25	-22,02%
15-20	9.294,35	-13,77%	12.548,65	10,03%	21.842,86	-1,53%
20-25	7.108,32	-23,52%	16.482,34	31,35%	23.590,42	8,00%
25-30	8.172,07	14,96%	20.078,18	21,82%	28.250,40	19,75%
30-35	9.802,08	19,95%	35.194,88	75,29%	44.997,16	59,28%
35-40	10.672,95	8,88%	30.334,30	-13,81%	41.007,34	-8,87%
40-45	11.257,93	5,48%	29.148,21	-3,91%	40.406,20	-1,47%
45-50	12.905,38	14,63%	27.757,88	-4,77%	40.663,41	0,64%
50-55	16.779,83	30,02%	30.452,66	9,71%	47.232,79	16,16%
55-60	19.303,53	15,04%	31.488,14	3,40%	50.791,82	7,54%
60-65	18.370,59	-4,83%	30.579,16	-2,89%	48.949,70	-3,63%
65-70	17.439,64	-5,07%	24.757,37	-19,04%	42.196,96	-13,80%
70-75	17.942,10	2,88%	27.980,71	13,02%	45.922,84	8,83%
75-80	16.433,15	-8,41%	31.827,28	13,75%	48.260,35	5,09%
80-85	14.057,60	-14,46%	23.084,63	-27,47%	37.142,09	-23,04%
>85	10.194,51	-27,48%	16.163,07	-29,98%	26.357,30	-29,04%
Total	245.199,18		432.620,02		677.818,79	

Quadro 42 – Custo com pessoal em formação pré-carreira e taxa de crescimento por género e grupo etário.

Custos com Pessoal em Formação pré carreira (€)						
Grupo etário	H		M		Total	
0-5	2.017,22	-	1.753,85	-	3.771,07	-
5-10	1.374,07	-31,88%	1.431,33	-18,39%	2.805,08	-25,62%
10-15	1.108,80	-19,31%	1.145,06	-20,00%	2.253,67	-19,66%
15-20	1.028,65	-7,23%	1.332,09	16,33%	2.360,66	4,75%
20-25	847,34	-17,63%	1.935,15	45,27%	2.782,32	17,86%
25-30	990,48	16,89%	2.393,18	23,67%	3.383,82	21,62%
30-35	1.295,83	30,83%	4.418,03	84,61%	5.714,16	68,87%
35-40	1.503,85	16,05%	3.893,21	-11,88%	5.397,21	-5,55%
40-45	1.597,36	6,22%	3.742,44	-3,87%	5.339,86	-1,06%
45-50	1.875,99	17,44%	3.763,43	0,56%	5.639,60	5,61%
50-55	2.438,98	30,01%	4.026,80	7,00%	6.466,08	14,65%
55-60	2.935,17	20,34%	4.416,12	9,67%	7.351,49	13,69%
60-65	2.795,86	-4,75%	4.545,89	2,94%	7.341,70	-0,13%
65-70	2.721,43	-2,66%	3.616,48	-20,45%	6.337,88	-13,67%
70-75	2.715,70	-0,21%	4.295,89	18,79%	7.011,59	10,63%
75-80	2.629,82	-3,16%	4.883,68	13,68%	7.513,47	7,16%
80-85	2.316,84	-11,90%	3.629,84	-25,67%	5.946,56	-20,85%
>85	1.751,94	-24,38%	2.727,15	-24,87%	4.478,85	-24,68%
Total	33.945,32		57.949,61		91.895,07	

Quadro 43 – Custo com pessoal de enfermagem e taxa de crescimento por género e grupo etário.

Custos com Pessoal de Enfermagem (€)						
Grupo etário	H		M		Total	
0-5	4.288,99	-	3.729,03	-	8.018,02	-
5-10	2.921,54	-31,88%	3.043,28	-18,39%	5.964,50	-25,61%
10-15	2.357,52	-19,31%	2.434,62	-20,00%	4.791,95	-19,66%
15-20	2.187,10	-7,23%	2.832,27	16,33%	5.019,30	4,74%
20-25	1.801,62	-17,63%	4.114,51	45,27%	5.915,95	17,86%
25-30	2.105,95	16,89%	5.088,36	23,67%	7.194,47	21,61%
30-35	2.755,18	30,83%	9.393,58	84,61%	12.149,06	68,87%
35-40	3.197,47	16,05%	8.277,71	-11,88%	11.475,34	-5,55%
40-45	3.396,30	6,22%	7.957,15	-3,87%	11.353,51	-1,06%
45-50	3.988,72	17,44%	8.001,78	0,56%	11.990,68	5,61%
50-55	5.185,74	30,01%	8.561,75	7,00%	13.747,79	14,65%
55-60	6.240,74	20,34%	9.389,52	9,67%	15.630,46	13,69%
60-65	5.944,53	-4,75%	9.665,44	2,94%	15.609,93	-0,13%
65-70	5.786,28	-2,66%	7.689,34	-20,45%	13.475,60	-13,67%
70-75	5.774,11	-0,21%	9.133,88	18,79%	14.907,99	10,63%
75-80	5.591,51	-3,16%	10.383,65	13,68%	15.975,13	7,16%
80-85	4.926,05	-11,90%	7.717,75	-25,67%	12.643,67	-20,85%
>85	3.724,97	-24,38%	5.798,45	-24,87%	9.523,18	-24,68%
Total	72.174,31		123.212,07		195.386,53	

Quadro 44 – Custos com pessoal de assistência técnica e taxa de crescimento por género e por grupo etário.

Custos com Pessoal Assistentes Técnicos (€)						
Grupo etário	H		M		Total	
0-5	2.129,69	-	1.851,64	-	3.981,33	-
5-10	1.450,69	-31,88%	1.511,13	-18,39%	2.961,50	-25,62%
10-15	1.170,62	-19,31%	1.208,91	-20,00%	2.379,34	-19,66%
15-20	1.086,00	-7,23%	1.406,36	16,33%	2.492,29	4,75%
20-25	894,59	-17,63%	2.043,05	45,27%	2.937,47	17,86%
25-30	1.045,70	16,89%	2.526,62	23,67%	3.572,49	21,62%
30-35	1.368,08	30,83%	4.664,37	84,61%	6.032,75	68,87%
35-40	1.587,70	16,05%	4.110,28	-11,88%	5.698,14	-5,55%
40-45	1.686,43	6,22%	3.951,11	-3,87%	5.637,60	-1,06%
45-50	1.980,59	17,44%	3.973,27	0,56%	5.954,04	5,61%
50-55	2.574,97	30,01%	4.251,32	7,00%	6.826,59	14,65%
55-60	3.098,83	20,34%	4.662,35	9,67%	7.761,39	13,69%
60-65	2.951,75	-4,75%	4.799,36	2,94%	7.751,06	-0,13%
65-70	2.873,17	-2,66%	3.818,13	-20,45%	6.691,27	-13,67%
70-75	2.867,12	-0,21%	4.535,42	18,79%	7.402,54	10,63%
75-80	2.776,46	-3,16%	5.155,99	13,68%	7.932,41	7,16%
80-85	2.446,02	-11,90%	3.832,23	-25,67%	6.278,14	-20,85%
>85	1.849,63	-24,38%	2.879,21	-24,87%	4.728,60	-24,68%
Total	35.838,04		61.180,76		97.018,95	

Quadro 45 – Custo indirecto e taxa de crescimento por género e por grupo etário.

Custos Indirectos (€)					
Grupo etário	H		M		Total
0-5	4.216,22	-	3.705,11	-	7.921,33
5-10	3.711,59	-11,97%	3.695,15	-0,27%	7.406,62
10-15	3.381,73	-8,89%	3.165,79	-14,33%	6.547,43
15-20	3.246,56	-4,00%	3.505,69	10,74%	6.752,22
20-25	3.002,04	-7,53%	4.676,12	33,39%	7.678,08
25-30	3.786,29	26,12%	5.629,77	20,39%	9.416,32
30-35	4.466,50	17,97%	9.286,52	64,95%	13.753,21
35-40	4.647,27	4,05%	8.404,92	-9,49%	13.052,23
40-45	4.548,24	-2,13%	7.936,44	-5,57%	12.484,66
45-50	4.947,37	8,78%	7.933,63	-0,04%	12.881,09
50-55	5.859,40	18,43%	8.168,86	2,96%	14.028,44
55-60	6.498,63	10,91%	8.617,14	5,49%	15.115,88
60-65	5.710,52	-12,13%	8.610,24	-0,08%	14.320,64
65-70	5.266,11	-7,78%	6.721,02	-21,94%	11.987,05
70-75	5.051,19	-4,08%	7.662,63	14,01%	12.713,78
75-80	4.751,68	-5,93%	8.526,61	11,28%	13.278,24
80-85	4.171,13	-12,22%	6.413,26	-24,79%	10.584,27
>85	3.233,44	-22,48%	5.310,91	-17,19%	8.544,13
Total	80.495,91		117.969,82		198.465,61

Quadro 46 – Custo indirecto fixo e taxa de crescimento por género e grupo etário.

Custos Indirectos Fixos (€)					
Grupo etário	H		M		Total
0-5	1.393,19	-	1.250,65	-	2.643,84
5-10	1.788,62	28,38%	1.692,06	35,29%	3.480,96
10-15	1.830,00	2,31%	1.563,31	-7,61%	3.393,34
15-20	1.807,01	-1,26%	1.641,48	5,00%	3.448,48
20-25	1.816,20	0,51%	1.967,94	19,89%	3.784,15
25-30	2.400,15	32,15%	2.280,60	15,89%	4.681,07
30-35	2.653,04	10,54%	3.103,64	36,09%	5.756,78
35-40	2.542,69	-4,16%	2.956,50	-4,74%	5.499,15
40-45	2.312,79	-9,04%	2.699,02	-8,71%	5.011,71
45-50	2.321,98	0,40%	2.666,83	-1,19%	4.988,82
50-55	2.446,13	5,35%	2.533,49	-5,00%	4.979,67
55-60	2.390,95	-2,26%	2.436,93	-3,81%	4.827,86
60-65	1.797,81	-24,81%	2.248,41	-7,74%	4.045,98
65-70	1.457,56	-18,93%	1.659,87	-26,18%	3.117,24
70-75	1.250,65	-14,20%	1.650,68	-0,55%	2.901,19
75-80	1.071,33	-14,34%	1.692,06	2,51%	2.763,25
80-85	928,79	-13,30%	1.333,42	-21,20%	2.262,08
>85	781,66	-15,84%	1.494,35	12,07%	2.275,84
Total	32.990,54		36.871,24		69.861,40

Quadro 47 – Custo indirecto variável e taxa de crescimento por género e grupo etário.

Custos Indirectos Variáveis (€)					
Grupo etário	H		M		Total
0-5	2.823,03	-	2.454,46	-	5.277,48
5-10	1.922,97	-31,88%	2.003,09	-18,39%	3.925,74
10-15	1.551,73	-19,31%	1.602,47	-20,00%	3.154,01
15-20	1.439,56	-7,23%	1.864,21	16,33%	3.303,70
20-25	1.185,83	-17,63%	2.708,18	45,27%	3.893,84
25-30	1.386,14	16,89%	3.349,17	23,67%	4.735,48
30-35	1.813,47	30,83%	6.182,88	84,61%	7.996,66
35-40	2.104,58	16,05%	5.448,41	-11,88%	7.553,16
40-45	2.235,45	6,22%	5.237,42	-3,87%	7.472,94
45-50	2.625,39	17,44%	5.266,80	0,56%	7.892,36
50-55	3.413,27	30,01%	5.635,37	7,00%	9.048,94
55-60	4.107,68	20,34%	6.180,21	9,67%	10.288,09
60-65	3.912,71	-4,75%	6.361,83	2,94%	10.274,49
65-70	3.808,55	-2,66%	5.061,15	-20,45%	8.869,67
70-75	3.800,54	-0,21%	6.011,95	18,79%	9.812,49
75-80	3.680,35	-3,16%	6.834,56	13,68%	10.514,87
80-85	3.242,34	-11,90%	5.079,85	-25,67%	8.322,07
>85	2.451,79	-24,38%	3.816,56	-24,87%	6.268,10
Total	47.505,37		81.098,58		128.604,10

Anexo K – Média e desvio padrão dos custos por género e por grupo etário.

Quadro 48 – Média e Desvio padrão das consultas por género e por grupo etário.

Grupo etário	Quantidade de consultas					
	H		M		Total	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
0-5	3,49	3,93	3,38	3,86	3,44	3,89
5-10	1,85	2,36	2,04	2,38	1,94	2,37
10-15	1,46	1,85	1,76	2,08	1,60	1,97
15-20	1,37	2,35	1,96	2,42	1,65	2,40
20-25	1,12	1,88	2,37	2,83	1,77	2,50
25-30	0,99	1,64	2,53	3,05	1,74	2,55
30-35	1,18	2,25	3,43	3,96	2,39	3,47
35-40	1,42	2,48	3,17	3,52	2,36	3,20
40-45	1,66	2,83	3,34	3,77	2,57	3,47
45-50	1,95	2,88	3,40	3,82	2,72	3,49
50-55	2,40	3,07	3,83	3,72	3,13	3,49
55-60	2,96	4,17	4,37	4,65	3,67	4,47
60-65	3,75	4,50	4,87	4,61	4,37	4,59
65-70	4,50	4,53	5,25	4,38	4,90	4,46
70-75	5,23	5,07	6,27	5,31	5,82	5,23
75-80	5,91	5,54	6,95	6,05	6,55	5,87
80-85	6,01	5,63	6,56	6,05	6,33	5,88
>85	5,40	5,80	4,40	5,00	4,74	5,30
Utentes não Inscritos	-	-	-	-	1,70	2,01
Total	2,48	3,70	3,79	4,29	3,16	4,06

Quadro 49 – Média e Desvio padrão do custo por utente por género e por grupo etário.

Grupo etário	Custo por Utente (€)					
	H		M		Total	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
0-5	120,75	130,17	118,59	133,01	119,73	131,41
5-10	69,45	80,42	77,58	86,58	73,40	83,51
10-15	57,62	66,90	68,52	78,39	62,64	72,57
15-20	55,94	94,64	77,53	91,32	66,22	93,63
20-25	55,58	136,31	102,41	131,85	79,93	135,95
25-30	46,98	89,84	116,42	144,66	80,81	124,60
30-35	58,60	113,30	156,47	189,06	111,36	165,98
35-40	79,68	230,27	149,46	201,22	117,20	217,85
40-45	93,18	222,45	160,24	217,15	129,29	222,04
45-50	114,72	204,19	184,49	284,31	152,02	252,53
50-55	178,81	315,46	199,29	226,99	189,23	274,10
55-60	183,49	303,87	259,78	336,78	222,00	323,01
60-65	252,79	323,01	309,72	362,29	284,42	346,35
65-70	345,61	414,73	381,49	383,53	364,71	398,53
70-75	373,89	451,01	518,65	515,66	456,25	493,71
75-80	453,19	452,69	607,93	579,70	547,94	538,97
80-85	475,24	522,78	583,08	543,00	538,80	536,89
>85	416,48	498,01	405,74	496,69	409,43	496,67
Utentes não Inscritos	-	-	-	-	46,07	42,29
Total	154,80	293,13	232,41	342,26	194,41	321,21

Quadro 50 – Média e Desvio padrão dos custos directos por género e por grupo etário.

Custo Directos (€)						
Grupo etário	H		M		Total	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
0-5	106,84	119,86	104,97	123,03	105,95	121,26
5-10	59,91	74,38	67,54	80,55	63,62	77,48
10-15	49,12	62,24	59,21	73,10	53,77	67,60
15-20	47,68	88,58	67,71	85,46	57,22	87,62
20-25	47,98	132,83	91,48	125,06	70,60	130,59
25-30	39,72	86,44	105,07	137,32	71,56	118,63
30-35	50,86	108,27	142,71	179,45	100,38	157,62
35-40	71,28	225,68	136,39	193,47	106,29	211,40
40-45	84,13	216,73	146,72	209,03	117,84	214,80
45-50	104,92	199,04	170,81	277,27	140,14	246,10
50-55	167,80	309,19	184,46	219,34	176,27	267,28
55-60	170,99	295,38	243,52	328,11	207,60	314,28
60-65	238,19	314,70	292,11	352,67	268,15	337,21
65-70	329,00	405,94	362,87	375,57	347,03	390,14
70-75	355,32	441,92	497,30	506,03	436,10	484,22
75-80	432,80	442,58	584,76	569,00	525,85	528,45
80-85	454,59	511,93	560,97	531,46	517,29	525,62
>85	397,46	486,85	389,40	486,67	392,17	486,26
Utentes não Inscritos	-	-	-	-	41,53	37,24
Total	143,58	285,66	217,70	333,71	181,43	313,01

Quadro 51 – Média e Desvio padrão do custo com medicamentos por género e por grupo etário.

Custo com Medicamentos (€)						
Grupo etário	H		M		Total	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
0-5	5,42	15,42	3,79	9,31	4,65	12,91
5-10	6,02	18,55	6,29	19,89	6,15	19,20
10-15	2,82	9,84	4,24	16,70	3,47	13,45
15-20	3,56	31,94	2,96	8,52	3,27	23,85
20-25	10,56	100,78	8,02	35,86	9,24	74,42
25-30	5,57	55,25	8,54	22,64	7,02	42,61
30-35	11,95	64,58	17,11	57,95	14,73	61,13
35-40	26,94	193,58	26,07	112,89	26,47	155,42
40-45	30,30	171,39	28,43	133,26	29,29	151,98
45-50	41,66	152,28	51,63	219,40	46,99	191,09
50-55	80,88	246,26	50,87	138,47	65,61	199,33
55-60	69,70	208,03	96,07	246,77	83,01	228,68
60-65	111,40	227,40	134,43	260,13	124,20	246,26
65-70	184,12	320,84	193,22	294,37	188,97	306,83
70-75	188,38	350,76	304,91	415,45	254,68	392,86
75-80	251,90	345,33	368,09	469,36	323,05	429,04
80-85	279,36	405,37	363,96	425,13	329,22	418,79
>85	255,34	395,24	264,09	385,45	261,08	388,46
Utentes não Inscritos	-	-	-	-	0,00	0,00
Total	64,48	214,00	92,18	251,55	78,39	234,03

Quadro 52 – Média e Desvio padrão do custo com MCDT por género e por grupo etário.

Custo com MCDT (€)						
Grupo etário	H		M		Total	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
0-5	3,72	14,88	6,54	30,02	5,05	23,32
5-10	4,36	14,93	4,42	23,20	4,39	19,38
10-15	7,57	19,88	7,34	21,99	7,46	20,86
15-20	9,53	23,47	14,00	35,84	11,66	30,06
20-25	10,46	29,93	26,05	57,45	18,56	46,96
25-30	10,56	28,12	35,87	70,92	22,89	54,89
30-35	12,53	35,31	46,09	86,38	30,62	69,82
35-40	13,67	38,32	37,82	74,65	26,66	61,79
40-45	18,17	41,76	41,98	65,81	30,99	57,23
45-50	22,17	46,21	44,18	64,09	33,94	57,51
50-55	36,20	64,47	47,76	68,33	42,08	66,68
55-60	40,56	69,21	53,19	73,93	46,94	71,88
60-65	49,90	69,00	56,27	79,10	53,44	74,80
65-70	53,96	65,34	59,17	69,08	56,74	67,36
70-75	59,22	78,10	64,41	76,44	62,18	77,14
75-80	63,17	74,96	74,68	83,08	70,22	80,16
80-85	57,66	88,28	65,07	82,93	62,03	85,15
>85	39,06	75,53	40,49	79,40	40,00	78,02
Utentes não Inscritos	-	-	-	-	0,00	0,00
Total	25,15	53,67	41,35	70,71	33,39	63,54

Quadro 53 – Média e Desvio padrão do custo com pessoal por género e por grupo etário.

Custo com Pessoal (€)						
Grupo etário	H		M		Total	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
0-5	97,70	109,60	94,64	107,92	96,25	108,72
5-10	49,52	60,51	56,83	66,05	53,08	63,33
10-15	38,73	47,57	47,63	55,62	42,83	51,59
15-20	34,60	50,96	50,75	61,62	42,29	56,82
20-25	26,97	43,15	57,42	69,16	42,80	60,07
25-30	23,59	39,28	60,66	73,96	41,65	61,61
30-35	26,38	47,48	79,51	90,71	55,03	78,57
35-40	30,67	49,48	72,50	78,38	53,16	69,76
40-45	35,66	57,57	76,32	82,96	57,56	75,12
45-50	41,09	56,85	74,99	79,64	59,21	71,95
50-55	50,71	63,35	85,83	81,37	68,58	75,13
55-60	60,73	82,18	94,26	92,97	77,65	89,34
60-65	76,89	86,81	101,41	90,70	90,51	89,77
65-70	90,92	91,44	110,47	92,12	101,33	92,25
70-75	107,72	108,28	127,98	108,37	119,25	108,71
75-80	117,73	110,84	141,99	123,94	132,58	119,53
80-85	117,56	111,37	131,95	116,41	126,04	114,47
>85	103,06	110,94	84,82	94,41	91,09	100,66
Utentes não Inscritos	-	-	-	-	41,53	37,24
Total	53,96	76,95	84,17	90,72	69,65	85,56

Quadro 54 – Média e Desvio padrão do custo com pessoal médico por género e por grupo etário.

Custo com Pessoal Médico (€)						
Grupo etário	H		M		Total	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
0-5	69,86	78,62	67,68	77,41	68,83	77,99
5-10	34,75	42,24	40,57	47,43	37,58	44,90
10-15	27,08	33,23	33,54	39,44	30,06	36,34
15-20	23,65	33,40	35,15	42,99	29,12	38,66
20-25	18,00	28,71	38,51	47,11	28,66	40,66
25-30	15,66	26,51	40,48	50,09	27,75	41,66
30-35	16,99	30,39	52,14	60,21	35,94	51,83
35-40	19,30	30,76	47,18	51,32	34,29	45,22
40-45	22,38	35,90	49,66	53,97	37,07	48,44
45-50	25,56	35,22	47,86	50,30	37,48	45,30
50-55	31,54	39,86	55,27	52,84	43,61	48,37
55-60	37,12	49,94	59,41	57,46	48,37	54,99
60-65	46,98	52,27	62,53	55,46	55,62	54,59
65-70	55,01	56,38	68,58	58,48	62,24	57,86
70-75	65,96	68,85	77,94	67,66	72,78	68,38
75-80	70,53	68,04	86,49	77,59	80,30	74,38
80-85	69,59	68,22	79,60	70,78	75,49	69,85
>85	59,97	66,83	49,73	56,34	53,25	60,28
Utentes não Inscritos	-	-	-	-	27,94	22,97
Total	34,17	48,68	53,95	58,07	44,46	54,55

Quadro 55 – Média e Desvio padrão do custo com pessoal médico em formação pré-carreira por género e por grupo etário.

Custo com Pessoal Médico em Formação Pré-carreira (€)						
Grupo etário	H		M		Total	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
0-5	6,66	7,50	6,45	7,37	6,56	7,43
5-10	3,53	4,50	3,89	4,55	3,71	4,53
10-15	2,79	3,53	3,37	3,98	3,05	3,75
15-20	2,62	4,48	3,73	4,61	3,15	4,57
20-25	2,15	3,59	4,52	5,39	3,38	4,76
25-30	1,90	3,14	4,82	5,81	3,32	4,86
30-35	2,25	4,29	6,55	7,56	4,56	6,62
35-40	2,72	4,73	6,05	6,71	4,51	6,11
40-45	3,18	5,40	6,38	7,19	4,90	6,62
45-50	3,71	5,49	6,49	7,30	5,20	6,66
50-55	4,58	5,85	7,31	7,10	5,97	6,65
55-60	5,64	7,95	8,33	8,87	7,00	8,53
60-65	7,15	8,58	9,30	8,80	8,34	8,76
65-70	8,58	8,65	10,02	8,35	9,35	8,52
70-75	9,98	9,68	11,97	10,14	11,11	9,98
75-80	11,29	10,57	13,27	11,55	12,50	11,21
80-85	11,47	10,75	12,52	11,54	12,09	11,23
>85	10,31	11,06	8,39	9,54	9,05	10,12
Utentes não Inscritos	-	-	-	-	3,25	3,83
Total	4,73	7,06	7,23	8,18	6,02	7,75

Quadro 56 – Média e Desvio padrão do custo com pessoal de enfermagem por género e por grupo etário.

Custo com Pessoal de Enfermagem (€)						
Grupo etário	H		M		Total	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
0-5	14,16	15,95	13,71	15,67	13,94	15,80
5-10	7,51	9,57	8,27	9,68	7,88	9,62
10-15	5,92	7,51	7,16	8,45	6,49	7,98
15-20	5,57	9,52	7,93	9,80	6,69	9,72
20-25	4,56	7,63	9,61	11,47	7,19	10,13
25-30	4,03	6,67	10,26	12,36	7,07	10,34
30-35	4,78	9,12	13,92	16,07	9,70	14,08
35-40	5,78	10,06	12,87	14,27	9,59	12,99
40-45	6,75	11,49	13,56	15,29	10,42	14,08
45-50	7,90	11,67	13,80	15,51	11,05	14,16
50-55	9,75	12,44	15,54	15,10	12,69	14,15
55-60	12,00	16,91	17,72	18,87	14,89	18,14
60-65	15,20	18,25	19,77	18,71	17,74	18,63
65-70	18,25	18,39	21,30	17,76	19,88	18,11
70-75	21,23	20,58	25,44	21,55	23,63	21,23
75-80	24,00	22,47	28,22	24,55	26,58	23,84
80-85	24,39	22,85	26,61	24,55	25,70	23,87
>85	21,91	23,52	17,84	20,28	19,24	21,51
Utentes não Inscritos	-	-	-	-	6,91	8,14
Total	10,06	15,02	15,37	17,39	12,81	16,48

Quadro 57 – Média e Desvio padrão do custo com pessoal de assistência técnica por género e por grupo etário.

Custo com Pessoal de Assistência Técnica (€)						
Grupo etário	H		M		Total	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
0-5	7,03	7,92	6,81	7,78	6,92	7,85
5-10	3,73	4,75	4,11	4,81	3,91	4,78
10-15	2,94	3,73	3,56	4,20	3,22	3,96
15-20	2,76	4,73	3,94	4,87	3,32	4,83
20-25	2,26	3,79	4,77	5,69	3,57	5,03
25-30	2,00	3,31	5,09	6,14	3,51	5,13
30-35	2,37	4,53	6,91	7,98	4,82	6,99
35-40	2,87	5,00	6,39	7,09	4,76	6,45
40-45	3,35	5,70	6,73	7,59	5,17	6,99
45-50	3,92	5,79	6,85	7,70	5,49	7,03
50-55	4,84	6,18	7,72	7,50	6,30	7,03
55-60	5,96	8,40	8,80	9,37	7,39	9,01
60-65	7,55	9,06	9,81	9,29	8,81	9,25
65-70	9,06	9,13	10,58	8,82	9,87	8,99
70-75	10,54	10,22	12,63	10,70	11,73	10,54
75-80	11,92	11,16	14,01	12,19	13,20	11,84
80-85	12,11	11,35	13,21	12,19	12,76	11,85
>85	10,88	11,68	8,86	10,07	9,55	10,68
Utentes não Inscritos	-	-	-	-	3,43	4,04
Total	4,99	7,46	7,63	8,63	6,36	8,18

Quadro 58 – Média e Desvio padrão do custo indirectos por género e por grupo etário.

Custo Indirectos (€)						
Grupo etário	H		M		Total	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
0-5	13,91	10,50	13,62	10,31	13,78	10,40
5-10	9,54	6,30	10,04	6,37	9,78	6,34
10-15	8,50	4,94	9,31	5,56	8,87	5,25
15-20	8,26	6,27	9,82	6,45	9,00	6,40
20-25	7,60	5,03	10,93	7,55	9,33	6,67
25-30	7,25	4,39	11,35	8,14	9,25	6,80
30-35	7,74	6,01	13,76	10,58	10,98	9,27
35-40	8,40	6,62	13,07	9,39	10,91	8,55
40-45	9,04	7,56	13,52	10,06	11,45	9,27
45-50	9,80	7,68	13,68	10,21	11,87	9,32
50-55	11,01	8,19	14,83	9,94	12,95	9,31
55-60	12,50	11,13	16,26	12,42	14,40	11,94
60-65	14,60	12,01	17,61	12,31	16,27	12,26
65-70	16,61	12,10	18,62	11,69	17,68	11,92
70-75	18,57	13,55	21,34	14,19	20,15	13,97
75-80	20,39	14,79	23,17	16,16	22,09	15,69
80-85	20,65	15,04	22,11	16,16	21,51	15,71
>85	19,02	15,48	16,34	13,35	17,26	14,16
Utentes não Inscritos	-	-	-	-	4,55	5,36
Total	11,22	9,89	14,71	11,44	12,99	10,87

Quadro 59 – Média e Desvio padrão do custo indirectos variáveis por género e por grupo etário.

Custo Indirectos Variáveis (€)						
Grupo etário	H		M		Total	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
0-5	9,32	10,50	9,02	10,31	9,18	10,40
5-10	4,94	6,30	5,44	6,37	5,19	6,34
10-15	3,90	4,94	4,71	5,56	4,27	5,25
15-20	3,66	6,27	5,22	6,45	4,41	6,40
20-25	3,00	5,03	6,33	7,55	4,73	6,67
25-30	2,66	4,39	6,75	8,14	4,65	6,80
30-35	3,14	6,01	9,16	10,58	6,39	9,27
35-40	3,81	6,62	8,47	9,39	6,32	8,55
40-45	4,44	7,56	8,92	10,06	6,86	9,27
45-50	5,20	7,68	9,08	10,21	7,27	9,32
50-55	6,42	8,19	10,23	9,94	8,36	9,31
55-60	7,90	11,13	11,66	12,42	9,80	11,94
60-65	10,01	12,01	13,01	12,31	11,68	12,26
65-70	12,01	12,10	14,02	11,69	13,08	11,92
70-75	13,97	13,55	16,75	14,19	15,55	13,97
75-80	15,80	14,79	18,57	16,16	17,50	15,69
80-85	16,05	15,04	17,52	16,16	16,92	15,71
>85	14,42	15,48	11,74	13,35	12,66	14,16
Utentes não Inscritos	-	-	-	-	4,55	5,36
Total	6,62	9,89	10,11	11,44	8,43	10,85